

8. DISCUSIÓN

8.1. PRIMER OBJETIVO: EVOLUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, CREENCIAS DE AUTOEFICACIA Y COMPETENCIA PERSONAL

8.1.1. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Los resultados de nuestro estudio utilizando el MAC nos indican que en general predomina una actitud y estrategias de afrontamiento adaptativas en la muestra evaluada, ya sea estudiada conjuntamente o dividida en función del tipo de cirugía, pues las puntuaciones medias obtenidas para cada escala en este cuestionario no superan las puntuaciones establecidas como patológicas. Asimismo, analizando la evolución de cada una de las variables observamos que:

El **Espíritu de Lucha** y la **Preocupación Ansiosa** tienen un comportamiento similar, en cuanto que mejoran a lo largo del tiempo significativamente, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes mastectomizadas y las tumorectomizadas:

El Espíritu de Lucha se asocia a Percepción de Control, afrontamiento positivo, adaptación emocional y Calidad de Vida (Grassi et. al., 1993; Edgar et. al., 2000; Ferrero et. al., 1994; Ferrero et. al., 1995; Folkman y Greer, 2000; López-Roig et.al., 1999; Schnoll, Harlow, Stolbach et.al., 1998; Schnoll, et.al., 1995; Schnoll, Harlow, Brandt et.al., 1998; Watson et.al., 1991).

La Preocupación Ansiosa se asocia a ausencia de Percepción de Control, a un modo no adaptativo de afrontar y a malestar emocional (López-Roig et.al., 1999).

El porcentaje de pacientes que obtiene puntuaciones desfavorables en ambas escalas es similar en los tres primeros pases, oscilando entre un 20 y un 30 % aproximadamente y disminuye también de forma casi equivalente a partir del tercer pase. Así, aunque las puntuaciones medias en general parezcan favorables, vemos que algo menos de un tercio de la muestra presenta niveles patológicos de Preocupación Ansiosa y un bajo Espíritu de Lucha en los primeros momentos del primer año tras la cirugía, observándose, especialmente, una mejoría en el sexto mes, cuando la persona ya ha acabado los tratamientos, posiblemente debido al efecto que supone haber superado este proceso de la enfermedad. Para explicar esto, tengamos en cuenta que se miden modos de afrontar y actitudes ante la enfermedad, por lo que cabe pensar que al disminuir la intensidad del estresor mejora la actitud mental.

El final del primer año se considera un momento crítico para este tipo de pacientes pues se realizan una serie de pruebas de revisión que pueden indicar, en el peor de los casos una recidiva, y en el mejor de los casos el inicio de un periodo libre de enfermedad, que puede mantenerse durante el resto de la vida de la mujer. Cuando los resultados médicos son favorables se produce un distanciamiento del equipo asistencial, ya que hasta al cabo de tres meses no se volverán a realizar pruebas de revisión ni se planteará ningún tipo de tratamiento (a excepción del Tamoxifeno, bloqueante de los estrógenos que se administra en forma de un comprimido diario durante tres a cinco años y que no acostumbra a ocasionar grandes efectos secundarios en comparación a la quimioterapia o a la radioterapia, por lo menos de manera inmediata). Por tanto, el final del primer año tras la cirugía es un momento en que el temor a la recidiva se hace evidente y las menores visitas médicas pueden contribuir a fomentarlo (Beisecker, et. al., 1997). Aunque esto no se refleja en la puntuación media de las dos variables analizadas hasta el momento, sí lo podemos observar en la puntuación de porcentajes de la variable de Preocupación Ansiosa, donde observamos un aumento de un 3% en la cantidad de mujeres que presentan esta actitud (con valores por encima del punto de corte), valor que podemos considerar como clínicamente significativo, ya que como veremos más adelante el aumento del porcentaje en el quinto pase se repite en otras variables.

El **Fatalismo** y la **Indefensión** se asocian a ausencia de control y a un negativo estado emocional (López-Roig et.al., 1999) En nuestro estudio se presentan con puntuaciones medias por debajo del nivel considerado como patológico y se mantienen estables, sin cambios significativos a lo largo de los cinco pases, a diferencia de las dos escalas anteriores, y con un porcentaje de pacientes con puntuaciones desfavorables menor que para las otras dos variables. Cabe decir que el número de pacientes que afrontan con Fatalismo disminuye considerablemente ya en el cuarto pase y que el número de pacientes que muestran Indefensión es algo mayor en el grupo de mastectomía que en el de tumorectomía en los tres primeros pases. La conclusión es que aunque estadísticamente no se observan diferencias significativas, desde el punto de vista clínico podemos interpretar que estas dos maneras de afrontar el cáncer, en esta muestra, se presentan en menor medida que las dos anteriores y que también mejoran a partir del final de los tratamientos, por lo menos en la cantidad de sujetos que las presentan. Pero nuevamente aumenta la cantidad de sujetos que puntúan por encima del punto de corte al final del primer año en Fatalismo (en un 4%) e Indefensión (en un 2% para la muestra de mastectomía), tal y como hemos mencionado en las dos variables anteriormente analizadas con un valor clínico.

La **Negación** no aparece en absoluto en esta muestra, posiblemente porque actualmente la mayoría de pacientes son claramente informadas de su estado físico y porque la prudencia hace que antes de incluir a una paciente en el estudio psicológico nos aseguremos de respetar su manera de afrontar. Al mismo tiempo, es muy probable que algunas de las personas que deciden no participar en el estudio o abandonarlo estén utilizando este tipo de afrontamiento. En el punto 3.2.1.2. del capítulo 3 hemos mencionado el estudio de Ferrero et.al. (1994), el cual nos sirve de referencia para añadir un nuevo ítem a nuestra escala de Negación (Anexo 2), que consiste en una pregunta directa sobre el nombre de la enfermedad. Las respuestas a esta pregunta se clasifican en una escala de cuatro puntos y la puntuación total de la escala se obtiene combinando la respuesta emitida ante el ítem 38 de la escala original y la del ítem o pregunta añadida sobre el nombre de la enfermedad. Estos autores encuentran en su muestra con pacientes que padecen un cáncer de mama una correlación inversa entre la Negación y la

Preocupación Ansiosa a los tres y seis meses desde el diagnóstico, y también una correlación inversa entre la Negación y la escala de Distrés del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC a los seis meses del diagnóstico. La tendencia que encuentran en la escala de Negación es a disminuir con el paso del tiempo. En cualquier caso, no se nos proporciona información respecto a la magnitud de la puntuación de esta escala en su muestra, solo de las correlaciones entre variables, aunque cabe pensar que la Negación aparecerá en mayor medida en su muestra ya que la estudian. Nosotros hemos decidido no hacerlo en base a que ningún sujeto sobrepasa la puntuación de corte y a las enormes críticas realizadas a esta escala en varios de los estudios revisados (Schnoll et. al., 1995; Schwartz y et. al., 1992; Watson et. al., 1988), considerando que la modificación propuesta por Ferrero et.al. (1994), aunque amplía la información, no lo hace de manera suficiente como para poder valorar de manera válida esta actitud ante la enfermedad.

Los resultados obtenidos por nuestra muestra en el MAC concuerdan con los hallados por otros estudios realizados con este cuestionario, en los que tampoco se han encontrado grandes diferencias estadísticas a lo largo de los primeros meses al analizar las puntuaciones medias:

-Berglund et.al. (1994-a), en su estudio para medir la efectividad de un programa de tratamiento psicológico con diferentes tipos de cáncer, predominando el de mama, observa que en su grupo control formado por 101 pacientes, a los tres meses del diagnóstico hay una disminución en las puntuaciones medias en las diferentes escalas del MAC, incluso en Espíritu de Lucha. Así, su grupo control muestra al principio del estudio índices similares a los de nuestro estudio en Espíritu de Lucha ($m=49.34$ en comparación con $m=50.36$), pero éstos disminuyen a los tres meses, a diferencia de nuestros resultados en ese momento ($m=42.30$ en comparación a $m=50.75$). Sus puntuaciones de Indefensión también son algo menores en ambos momentos ($m=7.83$ al principio y $m=7.51$ a los tres meses, mientras que en nuestro grupo son $m=9.10$ en mastectomía y $m=8.69$ en tumorectomía al principio y $m=9.08$ para mastectomía y $m=8.24$ para tumorectomía a los tres meses). La Preocupación Ansiosa también es menor en su muestra (de $m=19.15$ a $m=17.16$, mientras que en nuestro grupo es de $m=22.72$ y de $m=22.36$). Finalmente el Fatalismo sigue el mismo patrón de menor puntuación

media (de $m=15.47$ a $m=14.63$, mientras que en nuestra muestra es de $m=19.49$ a $m=19.36$). No obstante, estas diferencias observadas no son muy marcadas, ya que en ambos estudios las puntuaciones medias se mantienen por debajo del punto de corte, es decir, son puntuaciones favorables, y en ambos casos se observa una disminución a los tres meses.

-Moorey et.al. (1994) en su estudio con pacientes que presentan diferentes tipos de cáncer, intentan medir la eficacia de un programa de tratamiento y observan en su grupo control, formado por 72 personas, una disminución en el uso de estrategias de afrontamiento negativas al cabo de un año. Las primeras medidas son tomadas entre 4 y 12 semanas tras el diagnóstico, obteniendo medias y desviaciones típicas similares a las de nuestra muestra en Espíritu de Lucha ($m=47.7$, $Dt= 6.8$), Indefensión ($m=11.2$, $Dt=3.3$), Preocupación Ansiosa ($m=23.2$, $Dt=4.4$), Fatalismo ($m=18.87$, $Dt=3.6$). Los cambios observados al cabo de un año no se muestran detalladamente sino solo las medias de las diferencias, que aunque menores, tampoco difieren en gran medida de las diferencias observadas en nuestra muestra entre el primer y último pase. En su muestra, además, el porcentaje de pacientes que se mantiene con poco Espíritu de Lucha e Indefensión al cabo de un año es de un 23%, mayor que en nuestra muestra donde es de un 16.8% para Espíritu de Lucha y de aproximadamente un 10% en Indefensión. En esta diferencia puede estar influyendo el hecho de que en esta muestra hayan diferentes tipos de cáncer y que se hayan incluido también diferentes estadios que pueden suponer un tiempo más largo de tratamiento o peor pronóstico que para las pacientes de nuestra muestra.

-Sebastián et. al. (1999) presentan un estudio en el que evalúan su programa de intervención en 29 pacientes con cáncer de mama. Utilizan un grupo control formado por 12 pacientes en el cual no observan diferencias significativas en las diferentes escalas del MAC comparadas después de la cirugía y a los seis meses. Sus puntuaciones medias no difieren fundamentalmente de las nuestras, aunque son ligeramente más desfavorables. Así, sus medidas en Espíritu de Lucha al principio y a los seis meses son de $m=47.83$ y $m=45$, y en nuestra muestra son de $m=50.36$ y $m=51.87$; en Indefensión sus puntuaciones medias son de $m=9.92$ a $m=10.83$, algo mayores que en nuestro grupo donde varían de $m=9.10$ a $m=8.58$ en mastectomía y de $m=8.69$ a $m=8.41$ en tumorectomía; en Preocupación Ansiosa sus pacientes

puntúan muy similar a las nuestras de $m=22.67$ a $m=22.25$ y en nuestro grupo de $m=22.72$ a $m=21.59$; en Fatalismo también hay similitudes, de $m=19.92$ a $m=21.42$ y en nuestro estudio de $m=19.49$ a $m=19.40$. Estos resultados ligeramente más desfavorables del estudio de Sebastian et.al. (1999) pueden explicarse al tratarse de una muestra mucho más pequeña que la nuestra.

Vemos que los resultados de nuestro estudio no difieren en gran medida de los obtenidos en estos otros estudios que utilizan medidas similares, aunque cabe señalar que nuestro estudio realiza un seguimiento algo más completo que los mencionados pues mide las estrategias de afrontamiento en cinco ocasiones a lo largo del primer año y no solo atiende a las puntuaciones medias sino también las de porcentajes de sujetos que puntúan por encima y por debajo de los puntos de corte establecidos para cada escala.

En conclusión, refiriéndonos a las estrategias de afrontamiento, diríamos que el Espíritu de Lucha y la Preocupación Ansiosa son las que aparecen alteradas en mayor medida en la muestra (pues en los primeros pases son las que presentan un mayor número de sujetos por encima del punto de corte) y también son las únicas que varían de forma significativa a lo largo de los cinco pases, mejorando con el tiempo. El hecho de que en el cuarto pase aumente el número de personas con buen Espíritu de Lucha y disminuya el número de las que presentan Preocupación Ansiosa, Fatalismo e Indefensión tiene un interés clínico, pues indica que el final de los tratamientos es un momento favorable en el que se facilita el afrontamiento al desaparecer o disminuir la intensidad del estresor tratamiento, considerado como uno de los factores estresantes más importantes. En el quinto pase, aunque sutilmente, encontramos un ligero aumento en el número de pacientes que utilizan estrategias inadecuadas, lo que nos indica que el inicio de la fase libre de enfermedad representa una situación delicada para los pacientes oncológicos porque se someten a pruebas de revisión y seguidamente reciben menos atención del equipo asistencial, al prolongarse las visitas médicas (Beisecker, et. al., 1997) y en nuestra opinión, pueden tener la sensación de que mientras tanto no están luchando contra la enfermedad con ningún medio, a diferencia de como lo hacían mientras seguían tratamiento activo.

8.1.2. AUTOEFICACIA

La creencia de Autoeficacia la medimos a través de la Escala de Preocupaciones y Autoeficacia elaborada especialmente para este estudio, como ya hemos comentado en el capítulo 6. Concluimos que las preocupaciones mejoran con el paso del tiempo, aunque el porcentaje de pacientes con preocupaciones que se consideran altas se mantiene elevado en este primer año, especialmente hasta la finalización de los tratamientos, e incluso aumentando al final, en el quinto pase, indicando nuevamente que la fase de intervalo libre de enfermedad no es especialmente una fase sencilla pues incluso pueden aumentar las preocupaciones.

En cuanto al tipo de preocupaciones que pueden tener estas pacientes, diferentes estudios coinciden en que las primeras preocupaciones que se sufren se refieren a la supervivencia (temor a la muerte independientemente del estadio o tipología de cáncer), y después a la imagen corporal y sexualidad (Bloom et.al., 1998). Concretamente, a los dos meses del diagnóstico son frecuentes las preocupaciones sobre la enfermedad, el tratamiento, el futuro y el aspecto físico. Son especiales en el cáncer de mama las preocupaciones sobre la sexualidad y autoimagen, lo que juntamente con sentimientos de sentirse diferente (por la ausencia de mama) se asocia a una mayor morbilidad psiquiátrica (Harrison et.al., 1994). Dunn et.al. (1998) observan que las pacientes mastectomizadas se preocupan más por su apariencia, desfiguración física, y por ser menos deseables y aceptadas por la pareja, mientras que las tumorectomizadas se preocupan más por las cuestiones del tratamiento y presentan mayor alteración emocional. Cuanto mas jóvenes son las mujeres que padecen un cáncer de mama, más dificultades de adaptación, con mayor número de preocupaciones, y tal vez con una actitud más negativa que las de mayor edad ante la perspectiva de la muerte, por no haber cumplido objetivos que personas mayores ya hayan podido realizar. Las pacientes jóvenes son más proclives a expresar preocupaciones sobre la autoimagen, temas referentes a la reproducción, el cuidado de los niños, el impacto de la enfermedad en los otros y el abandono de la familia (Dunn y Steginga, 2000; Harrison y Maguire, 1995; Pistrang y Barker, 1992).

En nuestro estudio, coincidiendo con lo mencionado en la anterior bibliografía consultada, las preocupaciones al principio se centran en aspectos directamente relacionados con la supervivencia, con la enfermedad (como síntomas desagradables a consecuencia del

tratamiento), con la alteración de la imagen corporal o con la afectación de la familia y el trabajo, mientras que al final tienen más que ver con la vuelta a la normalidad en cada área de la vida y con el miedo a la recaída. Por otro lado, no encontramos diferencias entre mastectomía y tumorectomía.

Finalmente, en un estudio de Harrison et.al. (1994), se concluye que padecer un número de preocupaciones igual o superior a cinco, entre las planteadas en los Inventarios de Devlen (1984) supone presentar alteraciones emocionales de depresión o ansiedad (recordemos que los Inventarios de Devlen (1984) era uno de los referentes a partir de los cuales elaboramos nuestro instrumento de Autoeficacia). A nuestro entender este es un planteamiento demasiado simple y por eso en nuestro estudio, más que fijarnos en la cantidad de preocupaciones, nos hemos dispuesto a medir la intensidad de las mismas, así como el grado de capacidad para superarlas (Autoeficacia). Vemos que a pesar de las preocupaciones mostradas por nuestra muestra, el grado medio de Autoeficacia o capacidad para superarlas es elevado, y aumenta significativamente a lo largo del tiempo. Prácticamente la totalidad de la muestra se considera capaz, especialmente cuando las pacientes ya se empiezan a recuperar de la cirugía y deben iniciar el tratamiento. Este es un dato positivo desde el punto de vista clínico, ya que la Autoeficacia, en cáncer de mama, se relaciona con el afrontamiento y parece ser condición necesaria para que la persona emprenda acciones para proteger su salud (Font, 1991). Así, las personas que afrontan activamente son las que presentan unas mayores creencias de Autoeficacia, lo que les facilita estas actuaciones (Brennan, 2001). Promover la Autoeficacia hace que las personas recuperen el control nuevamente y mejoren su autoestima y confianza (Brennan, 2001). Las personas con alta Autoeficacia son las que subjetivamente mejor se encuentran en cáncer de mama (Font, 1991). En consecuencia, no es la existencia de preocupaciones lo que puede determinar la existencia de alteraciones emocionales, sino el grado de Autoeficacia de la paciente ante las mismas. En nuestro estudio hemos tenido en cuenta este aspecto y, por lo tanto, hemos llevado a cabo un procedimiento, a nuestro entender adecuado, para corregir el planteamiento más simplista de mencionar o enumerar preocupaciones.

También destacamos que la disminución de las preocupaciones y el aumento de Autoeficacia coincide con el aumento de Espíritu de Lucha y la disminución de las otras escalas del MAC, algo que tendremos en cuenta a la hora de discutir los resultados de nuestro cuarto objetivo en el punto 8.3 de este mismo capítulo.

En resumen, en esta escala observamos que a medida que pasa el tiempo y la persona va superando fases de la enfermedad, el grado de preocupación disminuye y aumenta el grado en que se siente capaz de afrontar y superar situaciones conflictivas respecto a la enfermedad. La Autoeficacia es por tanto, algo que puede variar dependiendo de la situación o del aprendizaje/experiencia del sujeto (Merluzzi et.al., 2001).

8.1.3. COMPETENCIA PERSONAL

Observamos que la Competencia Personal, con una puntuación favorable, siempre por encima del punto de corte para toda la muestra, se mantiene sin diferencias hasta la finalización de los tratamientos, momento a partir del cual aumenta de manera significativa. Hasta ese momento el porcentaje de pacientes que mostraban poca Competencia Personal también era estable, entre un 23.8% y un 25.7%, el cual disminuye marcadamente al finalizar los tratamientos, a un 16.8% y al final del primer año con un 19.8%.

Así, ésta también es una escala que en nuestro estudio cambia ligeramente dependiendo del momento en que se encuentra la persona, y nuevamente el final de los tratamientos aparece como un momento de inflexión, incluso en esta variable, que en general se ha planteado como una creencia general que no depende de contextos concretos y que teóricamente debería ser estable. El hecho de que aumente en nuestra muestra de manera significativa puede explicarse en base a que éste es un constructo experimental, para el que se han establecido unas tablas de referencia con población normal universitaria (Blasco et.al., 1999) y no se ha utilizado anteriormente con población enferma, como la nuestra, que se espera presente un mayor índice de alteración emocional. Es posible, por tanto, que con población que padezca una enfermedad estresante, como el cáncer, deba tomarse otro baremo de referencia, pues la Competencia Personal se ha relacionado con el estrés (Blasco et.al., 1999), por lo que parece

lógico que pueda variar en función de la intensidad del estresor, lo que explicaría la mejoría observada en nuestro estudio al finalizar los tratamientos.

La mejoría en la Competencia Personal se relaciona también con la mejoría del Espíritu de Lucha y la disminución de los otros modos de afrontamiento menos adaptativos, así como la disminución de las preocupaciones y aumento de la Autoeficacia, que como hemos mencionado anteriormente, es un dato que tendremos en cuenta al estudiar y analizar nuestro cuarto objetivo en el punto 8.3 de este capítulo.

A nivel general, diríamos que mejoran las estrategias de afrontamiento, la Autoeficacia y la Competencia Personal, tanto en puntuación media como en porcentaje de pacientes. Estas mejorías se observan especialmente en el momento en que finalizan los tratamientos, lo que desde el punto de vista clínico puede interpretarse en base a la disminución de la situación estresante. Pero al cabo de seis meses, al final del primer año desde la cirugía, se observa un ligero empeoramiento en prácticamente todas las escalas, y básicamente en el porcentaje de pacientes que sobrepasan las puntuaciones de corte que se consideran patológicas, lo que se explicaría en función del aumento del estrés que suponen las pruebas de revisión y el distanciamiento del equipo médico al espaciarse ya las visitas. El interés que esto suscita desde el punto de vista clínico es que hay momentos en que puede ser más útil una intervención psicológica que ayude a afrontar y mejorar las creencias de Autoeficacia y Competencia Personal.

8.2. SEGUNDO OBJETIVO: EVOLUCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL, EL ESTADO ANÍMICO Y LA CALIDAD DE VIDA

8.2.1. EL ESTADO EMOCIONAL

Diferentes estudios indican que alrededor de un 30% de pacientes que sufren cáncer en los primeros dos o tres años tras el diagnóstico desarrollarán algún tipo de alteración emocional de depresión y/o ansiedad (Maguire, 1995; Rodrigue et.al., 1994), aunque esta incidencia puede venir modulada por los factores de la misma enfermedad, como el tipo de

cáncer o el estadio (Andersen, 1991). En cáncer de mama, aproximadamente un 35% de mujeres desarrollan algún tipo de problema de depresión y/o ansiedad, a causa de la cirugía, los tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia, la autoimagen (alopecia, aumento del peso corporal), los síntomas menopáusicos y la fatiga, entre otras (Blasco, 1994, 2000; Blasco e Ingles, 1997; Blasco et. al., 2000; McPhail, 1998).

La valoración del estado emocional mediante el HAD confirma el papel de las variables determinadas por el tipo de tratamiento, ya que en este estudio hemos comprobado que el nivel de ansiedad es diferente entre tumorectomizadas y mastectomizadas. Así, en el HAD, estudiamos la variable Ansiedad separadamente para cada muestra, ya que los resultados estadísticos indican que esta variable se comporta diferente en ambos grupos. En el caso de la mastectomía la puntuación media se sitúa en el límite patológico en el momento inmediatamente posterior a la cirugía, con un número considerable de pacientes por encima de tal puntuación patológica (un 46%). La Ansiedad se mantiene cercana a este nivel durante los tres primeros pases y ya disminuye al terminar los tratamientos, tanto en puntuación media ($m=5.48$; $Dt=3.25$) como en número de pacientes que la sufren (24%). Nuevamente el final de los tratamientos ejerce un efecto positivo, en este caso, en la Ansiedad de las mujeres mastectomizadas. No obstante, al final del primer año la Ansiedad vuelve a aumentar significativamente ($m=6.44$; $Dt=4.01$; 34% de sujetos con Ansiedad alta), coincidiendo con la fase que hemos mencionado de intervalo libre de enfermedad y el distanciamiento del equipo médico. Los resultados, por tanto, muestran que aunque la puntuación media en Ansiedad, en pacientes mastectomizadas, no resulte muy alta, la cantidad de pacientes que presentan una Ansiedad patológica es considerable durante los tres primeros meses (entre un 38% y un 46% de pacientes), y aunque disminuye al finalizar los tratamientos (24%), vuelve a aumentar al año con un 34% de mujeres que presentan Ansiedad alta. Resultados que coinciden con los ya mencionados anteriormente en la bibliografía consultada (Maguire, 1995; Rodrigue et.al. 1994). Por otro lado, la muestra de tumorectomía en cambio, no sigue la misma evolución: No se sitúa tan cercana a la puntuación patológica y tanto la puntuación media como el porcentaje de pacientes con alta Ansiedad disminuye progresivamente, siendo de 33.3% al principio y de 13.7% al final. Tal vez el aumento de Ansiedad es especialmente intenso en la muestra de

mastectomía a causa de la ausencia de mama u otras cuestiones relacionadas con la autoimagen.

En cuanto a otros estudios que han usado el HAD y de los que disponemos de datos de medias o porcentajes, volvemos a mencionar el de Berglund et.al. (1994-a) (comentado anteriormente en relación a las estrategias de afrontamiento), con pacientes que padecen diferentes tipos de cáncer, pero entre los que predomina el cáncer de mama. En éste la Ansiedad disminuye también de $m=7.29$ al principio, a $m=5.46$ a los tres meses, puntuaciones similares a las obtenidas en nuestro estudio ($m=7.98$ a $m=6.86$ en mastectomía y $m=6.65$ a $m=5.67$ en tumorectomía). También nos referiremos al estudio comentado anteriormente de Moorey et.al. (1994) con pacientes de diferentes tipos de cáncer, donde se observa una disminución de la Ansiedad al cabo de un año. No obstante, su muestra manifiesta mayores índices de Ansiedad que la nuestra en puntuación media en la línea base ($m=9.4$), en comparación a nuestro grupo de mastectomía con $m=7.98$ y al grupo de tumorectomía con $m=6.65$. El porcentaje de pacientes que al final del año se mantiene con una Ansiedad elevada también supera al nuestro, siendo de 44% en comparación al 34% de mastectomizadas y 13.7% de tumorectomizadas de nuestra muestra. La explicación que podemos encontrar a estas diferencias reside en el hecho de que la muestra de Moorey et.al. (1994) está formada por pacientes que presentan diferentes tipos de cáncer y no tenemos suficiente información del estadio de la enfermedad, tipo y duración de los tratamientos que pueden estar influyendo en estos mayores índices de Ansiedad.

La Depresión del HAD en nuestro estudio se mantiene estable sin cambios significativos a lo largo del primer año y con mayor número de pacientes patológicas en el grupo de mastectomía. Los niveles de Depresión son menores que los de Ansiedad, y aunque estadísticamente no se observan diferencias significativas, desde el punto de vista clínico los ligeros aumentos observados en ambas muestras después de la intervención quirúrgica, antes de iniciar los tratamientos (tanto en puntuación media como en porcentaje de sujetos que sobrepasan el punto de corte), se explican ante la perspectiva de todo el camino que queda por recorrer y a las dificultades que la persona manifiesta en los primeros días tras la intervención quirúrgica, en cuanto a la movilidad del brazo, la fatiga, etc.

Nuevamente mencionamos los resultados del estudio de Berglund et.al. (1994-a) que también indican que a los tres meses aumenta la Depresión, así como el número de pacientes que puntúan por encima del punto de corte. Los niveles de Depresión de su muestra son superiores a los de la nuestra (de $m=6.41$ al principio a $m=6.89$ a los tres meses, en comparación a la puntuación media de nuestra muestra de $m=3.70$ a $m=3.98$ en mastectomía y de $m=2.82$ a $m=2.88$ en tumorectomía). No obstante, en ambos estudios la muestra se mantiene siempre por debajo del punto de corte patológico.

Asimismo volvemos a referenciar a Moorey et.al. (1994) quienes mostraron que la Depresión disminuye al cabo de un año en su muestra que aparece como más depresiva que la nuestra ($m= 5.6$ en línea base en comparación a $m=3.70$ en nuestro grupo de mastectomía y $m=2.82$ en tumorectomía), con un mantenimiento de personas deprimidas del 18% a diferencia del 10% en mastectomía de nuestro grupo y el 7.8% de tumorectomizadas. Nuevamente estas diferencias en los niveles de Depresión, aunque la tendencia sea la misma que en nuestro estudio, tal vez pueden explicarse por el hecho de que ambos estudios se han llevado a cabo con sujetos que padecen varios tipos de cáncer, mientras que en el nuestro solo participan mujeres afectadas de cáncer de mama, y nos falta información sobre los tratamientos efectuados y su duración.

Así, nuestra muestra se presenta más ansiosa que deprimida, tanto en puntuación media como en número de pacientes, especialmente en el grupo de mastectomía. Pero lo que destaca, desde el punto de vista clínico, es el aumento de la Depresión en el segundo pase, que coincide con el también observado en las escalas de Indefensión y Fatalismo del MAC (en Espíritu de Lucha y Preocupación Ansiosa se observa un aumento en el porcentaje de pacientes que sobrepasan los puntos de corte patológicos). La Depresión, por tanto se relaciona con estas maneras de afrontar. Según Palanca (1994) el paciente deprimido interpreta el diagnóstico no solo como una amenaza contra su vida y funcionamiento personal, sino como un daño ya infringido, anticipando un final negativo y un futuro desolador. El hecho de que en nuestra muestra la Depresión aumente ligeramente en este momento de la enfermedad, tanto en puntuación media como en el número de pacientes por encima del punto de corte, lo podemos interpretar como que en esta situación posterior a la cirugía, pero anterior al inicio de los

tratamientos, la persona tiende a aumentar la sensación de falta de control, favoreciéndose la actitud de rendición con sentimientos de desesperanza, quizá debido a que la necesidad de iniciar un tratamiento complementario duro (quimioterapia y/o radioterapia), tras otro también duro (la cirugía), puede dar la sensación de que la enfermedad es muy difícil de controlar y que el éxito es incierto. Parece ser la interpretación del paciente lo que realmente determina el padecer alteraciones depresivas e Indefensión (Parle et.al., 1996). Hay momentos de la enfermedad más propensos a la depresión: Fase de diagnóstico, recidiva, iniciar nuevos tratamientos, finalización de tratamientos, empeoramiento general del estado físico (Palanca, 1994). La depresión se relaciona también con la cantidad de preocupaciones (Pinder et.al., 1994), de modo que la mujer que tiene más preocupaciones se muestra más deprimida (Bloom et.al., 1998). En nuestro estudio también aparece en este segundo pase un aumento en el porcentaje de pacientes que presentan un índice de preocupaciones por encima del punto de corte (25.7%).

8.2.2. EL ESTADO ANÍMICO

El estado de ánimo negativo medido con el Índice General de Alteración Emocional del POMS disminuye significativamente con el paso del tiempo, sin diferencias entre mastectomía y tumorectomía. Otros estudios que han utilizado el POMS con pacientes que sufren cáncer muestran también estas mejorías a lo largo del tiempo. Mencionaremos algunos de ellos, aunque hayan utilizado la versión completa del POMS y no la reducida como nosotros:

- Fawzy y Fawzy (1998) y Fawzy et.al. (1996) encontraron mejorías significativas tan solo en la escala de Vigor del POMS, en su muestra con pacientes que sufrían un melanoma.

-Según Carver et. al. (1993) la alteración emocional disminuye en cáncer de mama a los tres, seis y doce meses significativamente.

Otros estudios relacionan el POMS con el afrontamiento, como el de Schnoll et.al. (1995), quienes comprueban que la escala positiva del POMS (el Vigor) se relaciona con el Espíritu de Lucha del MAC, y las demás escalas con la Indefensión y la Preocupación Ansiosa,

y que sujetos con elevadas puntuaciones negativas en el POMS presentan bajo Espíritu de Lucha, alta Indefensión y moderada Preocupación Ansiosa. Por otro lado, Blasco et al. (1999) tras su revisión de determinados estudios que han usado la versión reducida del POMS concluyen que el estado anímico se relaciona directamente con la Competencia Personal, es decir, que los individuos con mayor Competencia Personal muestran estados de ánimo más positivos. En nuestro estudio no hemos correlacionado los resultados del POMS con los de afrontamiento o Competencia Personal directamente como lo hacen estos estudios comentados, pero sí hemos estudiado esta relación a través del análisis de modelos de ecuaciones estructurales que comentamos en la discusión más adelante.

El estado de ánimo se ve afectado por cuestiones directamente relacionadas con la enfermedad (peor estado físico o estado), y también por otras cuestiones diferentes a la enfermedad, como el hecho de presentar acontecimientos vitales estresantes, antecedentes de trastornos psicológicos, anteriores problemas de salud, problemas de pareja, problemas económicos o poco apoyo social (Fertig, 1997; Pinder et.al., 1994; Tjemslund et.al., 1996).

En nuestro estudio el estado anímico mejora con el paso del tiempo, como en general las otras escalas o variables ya estudiadas, especialmente después de finalizar los tratamientos. Así, vemos que en general las puntuaciones de afrontamiento, las de estado emocional y estado anímico van al unísono, siguiendo tendencias similares mejorando con el tiempo. De alguna manera son medidas que se relacionan, y esto es algo que estudiaremos con mayor detalle más adelante cuando comentemos los objetivos tres, cuatro y cinco del estudio.

8.2.3. LA CALIDAD DE VIDA

Los resultados de nuestro estudio con el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, muestran que las dos escalas que miden cuestiones físicas, **Deterioro del Estatus Funcional y Síntomas Físicos**, siguen el mismo patrón: Siempre por debajo del punto de corte, es decir con una puntuación favorable, van mejorando de manera significativa, especialmente al finalizar los tratamientos y sin diferencias entre mastectomía y tumorectomía. Así, se observa una mejoría en autonomía personal y en efectos secundarios, tanto en puntuación media como

en número de pacientes que presentan alteradas estas áreas. Cabe remarcar que la alteración del estado físico es mayor que la alteración del estado funcional, y que puede influir en éste, especialmente afectado durante la fase en que la persona se está recuperando de la cirugía y al inicio de los tratamientos. Posteriormente a medida que van disminuyendo los síntomas y el número de pacientes con un nivel elevado de los mismos, también disminuye la alteración del funcionamiento diario, así como la cantidad de mujeres que lo presentan. No obstante, a pesar de los síntomas, en general estas pacientes consiguen mantener un buen funcionamiento cotidiano.

Aunque en nuestro estudio los síntomas se mantienen a unos niveles tolerables y disminuyen paulatinamente, se plantea que la sintomatología puede continuar más allá de seis meses después de finalizar los tratamientos, manteniéndose problemas relacionados con el pelo, la fatiga, y adicionalmente problemas de peso y menopausia (Beisecker, et. al., 1997)

La escala de **Distrés** que valora el bienestar psicológico durante todo este proceso y la de Ausencia de Depresión siguen el mismo patrón, aunque siempre con un nivel mayor de alteración para la escala de Distrés: Las dos muestras de mastectomía y tumorectomía deben estudiarse separadamente ya que presentan evoluciones diferentes. Así, en los pases dos y tres, cuando se están recuperando de la cirugía y al inicio de los tratamientos, las pacientes mastectomizadas aparecen con niveles de Distrés considerables, pues se sitúan en el punto de corte, y niveles de Depresión más bajos pero sin diferencias. En el cuarto pase, del final de los tratamientos, ambas escalas para la muestra de mastectomía mejoran de manera significativa y vuelven a empeorar al final del año. La muestra de tumorectomía sigue en estas escalas un funcionamiento diferenciado ya que va mejorando de manera progresiva y significativa a lo largo de los diferentes pases. Por tanto, como hemos visto anteriormente, el final de los tratamientos es un momento en que acostumbran a disminuir de manera considerable los síntomas psicológicos, para volver a aumentar al final del primer año (aunque en menor medida que al principio). Esto es lo que ocurre con estas escalas que miden alteración psicológica en la muestra de mastectomía. Hemos observado esta misma evolución en la escala de Ansiedad del HAD, con un funcionamiento diferenciado para los dos grupos, donde la mastectomizadas después de mejorar considerablemente tras los tratamientos, muestran un ligero aumento de la

Ansiedad al final del primer año, coincidiendo con el distanciamiento del equipo médico, lo que nos hace pensar que este momento es más provocador de malestar psicológico en las pacientes que han sufrido una mastectomía que en las tumorectomizadas. Posiblemente, como ya hemos apuntado anteriormente, las cuestiones referidas a la ausencia de mama tienen que influir. Tal vez el temor a la recidiva es mayor ya que volver a involucrarse nuevamente en el proceso puede implicar la pérdida de la otra mama o una metástasis en otra parte del cuerpo. Incluso sin centrarse en el temor a la recidiva, la ausencia de mama y la posibilidad de tener que volver a pasar por el quirófano para una reconstrucción puede estar provocando esta mayor alteración en este grupo de pacientes.

Los estudios de Ferrero et.al. (1994, 1995, 1996) con pacientes que padecen un cáncer de mama, por un lado, relacionan algunas escalas de este cuestionario con las escalas del MAC, y establecen relaciones entre las diferentes escalas del mismo cuestionario. Así relacionan la escala de Distrés y la de Espíritu de Lucha del MAC, donde un elevado Espíritu de Lucha se asocia a un bajo nivel de Distrés. En nuestro estudio coincidiendo con ello, observamos que hasta el final de los tratamientos el Distrés se sitúa en el punto de corte, especialmente para mastectomía, y que el Espíritu de Lucha se mantiene en un nivel bastante cercano también a la puntuación límite hasta el mencionado cuarto pase. También plantean que las mayores puntuaciones de Distrés se asocian con la Preocupación Ansiosa del MAC y a una peor sintomatología física. En nuestro estudio el Distrés disminuye significativamente a partir del pase que corresponde al final de los tratamientos como lo hace la Preocupación Ansiosa (especialmente en la muestra de mastectomía) y la cantidad de síntomas físicos. Las relaciones entre diferentes variables se comentan más adelante en la discusión de los siguientes objetivos, concretamente en lo referente a nuestro quinto objetivo.

Los problemas **Socio-Familiares**, referidos a cómo la enfermedad ha influido en la vida familiar, económica o social de las pacientes, se mantienen estables en el grupo de tumorectomía y disminuyendo ligeramente de manera significativa en la muestra de mastectomía. Aunque ambas muestras se sitúan por debajo de la puntuación a partir de la cual estos problemas ya se consideran importantes, vemos que, especialmente, la muestra de mastectomía se mantiene bastante cercana a esta puntuación y el porcentaje de sujetos con

problemas es considerable (de 26% a 42%), principalmente al iniciar los tratamientos. El grupo de tumorectomía, con puntuaciones ligeramente inferiores, presenta un aumento considerable en el número de personas que manifiestan estos problemas al acabar los tratamientos. Parece, por tanto que un mayor número de mujeres mastectomizadas presenten problemas Socio-Familiares, pues ven su vida más afectada por la enfermedad y sus tratamientos, tal vez por la ausencia de mama, la necesidad de una prótesis y ropa adecuada, lo que no solo puede influir económicamente sino también a nivel social y familiar.

Los problemas basados en el **área sexual**, sin embargo, afectan por igual a los dos grupos, y lo hacen de manera considerable, ya que las puntuaciones medias sobrepasan la puntuación límite a lo largo del primer año, solo disminuyendo ligeramente por debajo de éste al final. Más de la mitad de la muestra presenta altos niveles de insatisfacción sexual en todo este periodo. Así, la sexualidad no solo se ve afectada por la ausencia de mama, ya que otras cuestiones de autoimagen que impacten por igual a ambos grupos de pacientes pueden estar influyendo, como la caída del cabello a consecuencia de la quimioterapia o el aumento de peso, cuestiones relacionadas con la sintomatología física y estado de ánimo. El proceso de disminución de la afectación sexual que se observa ya al final de los tratamientos y que continúa después de seis meses, aunque ligero, es estadísticamente significativo. No obstante, los problemas en esta área continúan siendo considerables y coinciden con los que hemos observado en otros estudios, según la bibliografía consultada (Hoskins et.al., 1996; Moadel et.al., 1995; Passik et.al., 1995; Weitzner et.al., 1995), en los que normalmente se menciona una marcada alteración de esta respuesta, que puede mantenerse incluso a lo largo de varios años y no solo en los casos de mastectomía. Estos estudios plantean que alrededor de un 30% de las mujeres que sufren un cáncer de mama experimentan problemas con su sexualidad, un 27% presentan problemas severos a los cuatro meses de la intervención y un 33% moderados. Nuestro estudio incluso supera este porcentaje. Estos problemas se relacionan con la imagen corporal y la autoestima, así como con la menopausia precoz, que aparece en algunas mujeres a causa de los tratamientos, y se manifiestan con menor deseo y excitación. Factores que influyen en una menor alteración de esta respuesta pueden ser un funcionamiento previo sin

problemas, la reconstrucción mamaria inmediata en el caso de la mastectomía (Weitzner et.al., 1995), o el tratamiento conservador con radioterapia (Amicheti et.al., 1999).

El estudio de Ferrero et.al. (1994, 1995) encuentra que la presencia de alteración en la escala de Problemas Sexuales se relaciona con bajo Espíritu de Lucha y alto Fatalismo e Indefensión del MAC al final de los tratamientos. En nuestro estudio vemos que se observa una ligera mejoría en esta escala también en ese momento (en el cuarto pase al finalizar los tratamientos) en que también aumenta el Espíritu de Lucha y disminuye la Indefensión y el Fatalismo. Asimismo, estos autores mencionan que mayor alteración del área sexual se relaciona con un mayor número de síntomas físicos. Nuestras escalas de Síntomas y Sexualidad siguen el mismo patrón aumentando ambas al inicio de los tratamientos, por lo que vemos que también se relacionan.

Las escalas de **Estado de Salud Subjetivo** y **Calidad de Vida Subjetiva** presentan un patrón similar entre ellas: Sin ser demasiado altas, mejoran significativamente a lo largo del primer año. Las pacientes mastectomizadas son las que presentan una mejoría subjetiva más marcada, especialmente en el momento en que finalizan los tratamientos. Pero como hemos mencionado, aunque ambas muestras manifiestan un resultado favorable, éste no es demasiado alto, incluso al cabo de un año desde la intervención quirúrgica, lo que nos indica que ante el cáncer de mama la afectación subjetiva, tanto del estado físico como de la Calidad de Vida, se prolonga más allá de un año. Podemos hacer esta afirmación en base a que Godoy et.al., (1999) y Toledo et.al. (1996) afirman que la escala de Calidad de Vida Subjetiva se relaciona prácticamente con todas las demás escalas del cuestionario, lo que apoya la consideración de la dimensionalidad múltiple de la Calidad de Vida que recoge este cuestionario.

Ferrero et al. (1995, 1996) afirman que la escala de Salud Subjetiva se relaciona con la de Calidad de Vida Subjetiva y con las escalas que miden cuestiones físicas, especialmente la de Síntomas y afecta también al Distrés. En nuestro estudio estas relaciones son evidentes. También mencionan que la Calidad de Vida Subjetiva se relaciona positivamente con el Espíritu de Lucha y negativamente con la Preocupación Ansiosa y el Fatalismo del MAC. En nuestro estudio esto se cumple con la Preocupación Ansiosa.

Toledo et.al. (1996) encuentran que en general las pacientes tras la cirugía de cáncer de mama, en el momento en que inician los tratamientos, no presentan especialmente una mala percepción de su Calidad de Vida, pues solo un 1.6% de mujeres presentan una puntuación baja (de 1 o 2 puntos), un 14% una puntuación media (de 3 a 4 puntos) y un 84.4% una puntuación buena o excelente. Nuestra muestra presenta un porcentaje similar al medir el número de pacientes que puntúan por debajo de 4, resultando un 18%, que equivaldría a los porcentajes del estudio referido de las pacientes con Calidad de Vida subjetiva baja y media. Estos autores plantean que el hecho de que la Calidad de Vida Subjetiva no sea mala se relaciona con el proceso de afrontamiento que realiza este tipo de pacientes: Una reordenación de valores y prioridades, un cambio en la importancia atribuida a las distintas áreas de Calidad de Vida, una negación de las implicaciones negativas de la enfermedad (como el deterioro físico, o consecuencias emocionales negativas), la deseabilidad social y la comparación positiva con otras personas que están peor. Todos ellos, cambios cognitivos que pueden mediatizar el proceso de evaluación de la Calidad de Vida.

Finalmente, la escala de **Satisfacción con los Cuidados Médicos** es buena para el 100% de la muestra en todos los pases, lo que supone un resultado favorable, pues se plantea que una buena actitud y conformidad con el equipo médico es algo esencial que contribuye al bienestar físico y psicológico de las pacientes (Toledo et.al., 1993).

En cuanto a las diferencias en Calidad de Vida entre ambos tipos de tratamientos quirúrgicos, en nuestro estudio apenas hemos encontrado diferencias significativas, tan solo en las escalas de Distrés y Ausencia de Depresión (aumenta el Distrés y la Depresión al final del primer año en mastectomía pero no en tumorectomía). Dorval, Maunsell, Deschenes y Brosson (1998) encontraron ligeras diferencias entre las dos muestras que relacionaron con la edad, afirmando que las mujeres tumorectomizadas menores de 50 años presentan menor alteración emocional que las mastectomizadas. Hoskins et.al. (1996), encontraron bastantes más diferencias entre ambos tipos de intervenciones quirúrgicas, viendo que las mujeres tumorectomizadas en comparación a las mastectomizadas conservaban mejor su estatus funcional tras la operación, con un mejor ajuste sexual y autoimagen, también menor alteración

laboral, social, familiar y marital pero tenían menor energía, lo que se atribuía al tratamiento de radioterapia que seguían. Ferrero et.al. (1995) encuentran que al principio tras la cirugía por cáncer de mama las pacientes tumorectomizadas manifiestan una mejor Calidad de Vida Subjetiva, pero esto no se mantiene posteriormente, ni a los tres ni seis meses.

A modo de resumen, en cuanto a la Calidad de Vida podemos decir que en general, las puntuaciones medias de toda la muestra en cada una de las variables estudiadas en el cuestionario utilizado son favorables y que la tendencia es a mejorar también en su mayoría, a medida que pasa el tiempo y van cambiando las fases de la enfermedad. El momento crítico en que se observan ligeros empeoramientos es al principio de los tratamientos, y el momento más favorable, cuando se observan marcadas mejorías, es al final de los mismos y al año. La única escala que muestra una considerable afectación es la referida al funcionamiento sexual.

Concluyendo la discusión sobre nuestros primer y segundo objetivos, podemos manifestar que teniendo en cuenta no solo las puntuaciones medias, sino también las de porcentajes, estos resultados nos sugieren que a lo largo de este primer año hay fases diferenciadas tanto en el afrontamiento a la enfermedad, en las creencias de Autoeficacia y Competencia Personal, así como en el estado emocional, anímico y en las diferentes medidas de Calidad de Vida. Este hecho coincide con lo revisado en la bibliografía donde se plantea que la sintomatología de estrés no cambia simplemente con el paso del tiempo, sino por las situaciones a las que se va enfrentando el paciente. Se habla de estrés pos-traumático tras el diagnóstico de cáncer y del mantenimiento de éste por los estresores subsiguientes: Cirugía, tratamientos, visitas de control, etc. (Andrykowsky, et.al., 2000). Se pueden establecer diferentes fases o momentos críticos, que se caracterizan por estresores específicos para los que se requieren mecanismos concretos de afrontamiento (Heim et.al., 1993, 1997). Así, según la bibliografía consultada, en las personas que se encuentran en fase de diagnóstico o recuperándose de la subsiguiente intervención quirúrgica, se ha observado alteración en el funcionamiento social, afectación emocional, fatiga y dolor (Hanson et.al., 2000). El inicio de

los tratamientos se caracteriza por la presencia de ansiedad generalizada, temor, tristeza, indefensión, falta de control, enfado y culpa, así como problemas directamente relacionados con el tratamiento y la autoimagen (Fawzy, 1999). Concretamente, durante el tratamiento de quimioterapia se ha descrito una mayor sintomatología de estrés, alteración en el funcionamiento social y mayores niveles de incertidumbre, fatiga y dolor (Hanson et.al., 2000), junto a temor a los efectos secundarios, náuseas, vómitos y cambios corporales (Blasco, 1994, 2000; Blasco e Ingles, 1997; Blasco et. al., 2000; Fawzy 1999). El tratamiento con radioterapia puede ocasionar un temor fóbico a las máquinas, fatiga y molestias por tener que asistir todos los días al hospital (Fawzy, 1999). La fase de intervalo libre de enfermedad, cuando ya se han finalizado los tratamientos médicos y disminuye la atención del equipo asistencial, se ha caracterizado frecuentemente por la presencia de ansiedad asociada al miedo a la recidiva, que repercute en el paciente provocándole confusión, preocupación ansiosa con excesiva auto-observación física, incertidumbre hacia el futuro y limitación de planes (Lee-Jones, Humphris, Dixon y Hatcher, 1997). En esta última fase, además, hay que enfrentarse nuevamente a la vida normal con las limitaciones físicas y secuelas producidas por la enfermedad o los tratamientos aplicados, que suponen un esfuerzo de adaptación (Fawzy, 1999; Hanson et.al., 2000; Zampini y Ostroff, 1993). En nuestro estudio observamos como momento más favorable el final de los tratamientos, y como momentos algo desfavorables el periodo inmediatamente anterior al inicio de los tratamientos y el final del primer año tras la cirugía, con una leve reactivación de algunos problemas de afrontamiento, emocionales o anímicos. Las diferencias entre mastectomía y tumorectomía son mínimas y solo se observan de manera significativa en las escalas de Indefensión del MAC, Ansiedad y Depresión del HAD, Deterioro del Estatus Funcional, Distrés, Problemas Socio-Familiares, Ausencia de Depresión, Estado de Salud Subjetivo y Nivel de Calidad de Vida Subjetivo, del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC. Para estas variables se estudian las dos muestras separadamente, y se observa que, en general, la muestra de mastectomía presenta un número mayor de pacientes que obtienen puntuaciones consideradas como patológicas en casi todos los países. Aunque no estudiamos la significación estadística de estas diferencias, desde el punto de vista clínico observamos una tendencia a presentar algo más de problemática en la muestra de mastectomía.

8.3. TERCER, CUARTO Y QUINTO OBJETIVOS:

El tercer y cuarto objetivos que nos marcamos son equivalentes. Por un lado, queremos comprobar si de las variables que describen el estado emocional y la Calidad de Vida puede inferirse el nivel de Adaptación a la enfermedad de la paciente. Por otro lado, comprobar si el uso de estrategias de afrontamiento basadas en el mantenimiento de una capacidad de Control sobre la situación, junto con la Competencia Personal y la Autoeficacia, permite inferir que la persona juzga que la situación es controlable (Juicio de Control positivo o Control Percibido).

El quinto objetivo enlaza con los anteriores y se centra en comprobar si el Juicio de Control positivo determina una mejor Adaptación a la enfermedad, y si esta relación es constante y estable a lo largo del período de 12 meses en los que se realiza la valoración de las pacientes, en los momentos ya especificados.

Así, los conceptos fundamentales de este estudio son el de Juicio de Control positivo y la Adaptación a la enfermedad, o lo que es lo mismo, tal y como los expresamos en los gráficos y resultados: Control Percibido y Falta de Adaptación.

En el capítulo de resultados hemos comprobado que seleccionando las variables, evitando repeticiones, se consiguen determinar ambos conceptos como factores medidos de manera indirecta:

- Por un lado, el Control Percibido se puede inferir del Espíritu de Lucha y la Indefensión del MAC, de la Capacidad de la Escala de Autoeficacia y de la Competencia Personal. Nos quedamos con estas medidas ya que son las que se relacionan con el concepto de Percepción de Control (Merluzzi et. al., 2001). Así cuando en Espíritu de Lucha, Capacidad y Competencia Personal se obtengan puntuaciones altas y bajas en Indefensión, ello será un indicador de que la persona posee un elevado Control Percibido.

- Por otro lado, la Adaptación se infiere de las escalas de Ansiedad y Depresión del HAD, del Índice General de Alteración Emocional del POMS y de las escalas de Deterioro del Estatus Funcional y Síntomas Físicos del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC. Por

tanto, cuando se obtengan puntuaciones altas en cada una de estas escalas podremos afirmar que estamos ante una mala Adaptación, o una Falta de Adaptación, mientras que cuando las puntuaciones sean bajas podremos hablar de Adaptación.

Seleccionamos estas medidas para cada factor ya que, como hemos comentado en el capítulo 7 de resultados, las consideramos las más representativas de cada cuestionario, con un número adecuado de ítems. Así, cuando dos o más escalas miden lo mismo nos quedamos con la que contiene mayor número de ítems. Al mismo tiempo es aconsejable, para favorecer la validez y ajuste de los modelos de ecuaciones estructurales a los datos, utilizar los mínimos parámetros posibles. Asimismo, los pesos factoriales de las variables seleccionadas son altos mientras que los de las variables descartadas no eran tan óptimos.

En 1998 Schnoll y sus colaboradores (Schnoll, Harlow, Brandt et.al., 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach et.al., 1998) publican su estudio en el que utilizan, como ya estábamos haciendo nosotros en el nuestro, la misma metodología de modelos de ecuaciones estructurales para analizar la relación entre la edad, el estadio de la enfermedad, el afrontamiento, la Calidad de Vida y la Adaptación a la enfermedad de una muestra de 100 pacientes que padecen cáncer de mama, en estadios II y IV. Estos autores también utilizan, al igual que nosotros, el MAC para medir el afrontamiento, pero para medir la Adaptación usan las escalas de Depresión y Ansiedad del BSI (Brief Symptom Inventory: Derogatis y Melisaratos, 1983; Derogatis y Spencer, 1982) y para evaluar la Calidad de Vida en las áreas funcional y emocional el FLIC (Functional Living Index-Cancer: Schipper et.al., 1984). Ellos también eliminan algunas escalas de estos cuestionarios por considerarlas irrelevantes para su estudio, pero utilizan todas las escalas del MAC, a excepción de la de Negación. Aíslan dos factores, uno denominado Estilo de Afrontamiento, que se infiere de las escalas del MAC, y otro denominado Adaptación, inferido de las escalas de Depresión y Ansiedad del BSI y la Calidad de Vida del FLIC. Plantean que la Adaptación viene determinada por el Estilo de Afrontamiento, que a su vez está determinado por la edad y el estadio de la enfermedad. Estos autores proponen diferentes

modelos, comprobando que el que mejor ajusta es el que muestra que las mujeres mayores con un cáncer de mama en estadio IV afrontan con menos Espíritu de Lucha, más Indefensión, Preocupación Ansiosa y Fatalismo, y presentan más Ansiedad, Depresión y peor Calidad de Vida que las más jóvenes en estadio II. Así, las pacientes más jóvenes y con un estadio temprano de la enfermedad son las que mayormente presentan un estilo de afrontamiento caracterizado por el Espíritu de Lucha, lo que además se asocia a un buen nivel de Adaptación.

Las principales diferencias entre el estudio mencionado y el nuestro están en que nosotros seleccionamos pacientes en estadio I y II, incluimos más variables y comparamos el modelo en diferentes momentos del primer año, mientras que ellos incluyen pacientes en estadio II y IV, y solo evalúan la muestra en una ocasión antes de iniciar un programa de terapia de grupo. Parece que a ellos les interesa más analizar la influencia de la edad y el estadio de la enfermedad en el afrontamiento y la Adaptación, mientras que nosotros nos centramos en la evolución del afrontamiento y la Adaptación a lo largo del primer año. Sus resultados y los nuestros son, sin embargo similares, ya que llegamos a conclusiones idénticas en cuanto a como el afrontamiento determina la Adaptación.

Seguidamente analizamos con más detalle la relación entre afrontamiento, Control Percibido y Adaptación en nuestro estudio.

8.3.1. CONTROL PERCIBIDO Y AFRONTAMIENTO

Partiendo de la afirmación de que el mantenimiento de una elevada Percepción de Control se asocia a estrategias efectivas y activas de afrontamiento a la enfermedad (Carver et. al. 2000; Edgar et. al., 2000; Folkman y Greer, 2000; Helgeson, 1992; López-Roig et.al., 1991; Merluzzi y Martínez, 1997; Thompson, et al., 1994), y que por tanto, las estrategias de afrontamiento son el elemento fundamental del control, destacamos las más efectivas según diferentes autores para controlar la reactividad emocional en pacientes con cáncer: Las centradas en controlar el problema (Osowiecki y Compas, 1998), el Espíritu de Lucha y estrategias basadas en el problema (Folkman y Greer, 2000), la búsqueda de información,

apoyo social, solución de problemas, interpretación positiva, (González et.al., 2001), optimismo, deseo de implicarse en el tratamiento y búsqueda de información (Shapiro et.al., 1997), cambiar el significado del hecho estresante o traumático (Thompson y Collins, 1995); optimismo y positividad (Taylor y Armor, 1996); control de pensamientos de Indefensión (Eifert et. al., 1992).

La Percepción de Control e incluso la Ilusión de Control, tanto en situaciones normales como estresantes, se asocian a maneras activas de afrontar, a la autoestima, a la Autoeficacia y a la Competencia Personal, protegiendo al sujeto ante el estrés y contribuyendo a la adaptación psicológica y salud mental (Taylor y Armor, 1996). Así, las personas que creen que pueden hacer algo por su salud pondrán en marcha más conductas de salud, se implicarán más en su rehabilitación y serán más persistentes sin desanimarse ante fracasos (Alloy y Clements, 1992; Fernández y Edo, 1994; Fertig, 1997). En general, afrontarán más activamente.

En nuestro estudio el factor Control Percibido está constituido por las estrategias de afrontamiento (Espíritu de Lucha e Indefensión), la Autoeficacia (Escala de Capacidad) y la Competencia Personal. Los pesos factoriales de cada una de estas variables son importantes y significativos por igual en cada pase, por lo que podemos afirmar que tanto las creencias de Autoeficacia y Competencia Personal, como las estrategias de afrontamiento activo (el Espíritu de Lucha) forman parte del Control Percibido. Esto implica que la persona que en situación de enfermedad tenga un alto Control Percibido afrontará con elevado Espíritu de Lucha y baja Indefensión, así como presentará también una alta Autoeficacia y Competencia Personal, lo que supone que la persona deberá valorar su salud (cuanto más la valore más motivada estará para conservarla), creer que sus acciones pueden promoverla, y consecuentemente creerse capaz de llevar a cabo las acciones para ello (Wallston, 1992).

Así, nuestro estudio en comparación al de Schnoll y sus colaboradores (Schnoll, Harlow, Brandt et.al., 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach et.al., 1998) es algo más completo ya que ellos solo contemplan el constructo de Control Percibido a través de las estrategias de afrontamiento, mientras que nosotros, aunque no tenemos en cuenta todas las estrategias de afrontamiento del MAC (seleccionamos el Espíritu de Lucha y la Indefensión), añadimos dos

variables esenciales como son la Competencia Personal y la Autoeficacia, lo que a nuestro entender es más correcto en base a la revisión bibliográfica y teórica realizada sobre el tema.

8.3.2. CONTROL PERCIBIDO Y ADAPTACIÓN

Asimismo, en nuestro estudio observamos que la relación existente entre Control Percibido y Falta Adaptación es muy alta en cada uno de los países, pudiendo afirmar que la Adaptación viene determinada por el Control Percibido, es decir, cuando el Control Percibido es alto la Falta de Adaptación será baja. Y al contrario, cuando el Control Percibido sea bajo la Falta de Adaptación será alta. Este modelo funciona igual de bien en cada uno de los diferentes momentos o países en que evaluamos cada variable. Esto confirma nuestra hipótesis referente a que el Control Percibido determina la Adaptación en cada uno de los países, relación que se mantiene constante en cada una de las fases de la enfermedad durante el primer año.

Planteamos en base a nuestros resultados y a la revisión bibliográfica efectuada una relación causal entre el Control Percibido y la Adaptación a la enfermedad. Varios estudios y autores han intentado relacionar estos dos conceptos llegando a conclusiones similares a las nuestras: El Control Percibido es específico para cada situación concreta (Fernández et. al., 1998) y se relaciona con la Adaptación a situaciones de enfermedad, mientras que la falta de Control se relaciona con la Ansiedad y Depresión (Shapiro et.al., 1996); Font (1989) afirma que las puntuaciones altas en Control se relacionan con mejor bienestar subjetivo; Helgeson (1992), plantea que el Control Percibido será adaptativo pues hay aspectos en las enfermedades graves que el paciente puede controlar y que la relación entre Control Percibido y Adaptación es mayor en aquellos casos de enfermedades graves; Wallston (1992), también afirma que la Percepción de Control sobre la salud provoca menor distrés ante las enfermedades; Bremer (1997) remarca que Control se asocia con actividad y mejor Adaptación; Alloy y Clements (1992) dicen que las personas con Control, o Ilusión de Control, tienen menos Depresión y Ansiedad, se desaniman menos, y también presentan menor Indefensión; Edgar et. al. (2000) comprueban que en la fase en que se acaban los tratamientos el mantenimiento de una elevada Percepción de Control se asocia a una mejor Adaptación y

bienestar emocional; Eifert et. al., (1992) en relación a la sintomatología física, plantean que cuando el sujeto piensa que puede controlarla se reduce la ansiedad; Thompson, et. al., (1994) añaden que la Percepción de Control sobre los síntomas también contribuye a reducir la depresión y el mantenimiento de un buen estado de ánimo general.

El Locus de Control Externo, ejercido por otros, es un concepto relacionado con el que nos ocupa y también se considera relacionado con la Adaptación, y aunque en nuestro estudio no lo hemos analizado vale la pena comentarlo aquí. Así, según Andrykowski y Brady (1994), el Locus de Control de Salud Externo se refiere al control que pueden ejercer otros sobre la salud y se asocia a una mejor Adaptación, especialmente en enfermedades graves, pues el estrés se mitiga al no asumir toda la responsabilidad y al creer en la habilidad del equipo médico; para Helgeson (1992) el percibir Control en los otros se asocia a la Adaptación cuando la persona está siguiendo tratamientos invasivos por parte de los médicos y en aquellos casos de enfermedades graves; Jenkins y Burish (1995) afirman que las personas que perciben Control presentarán menos síntomas psicológicos de distrés ante la quimioterapia, mientras que quienes no perciben Control presentarán mayores síntomas de depresión, especialmente los que colocan el Control en los médicos en este periodo de tratamiento.

Cuando en lugar de Percepción de Control hablemos de falta de Control podremos afirmar que la ausencia de Control Percibido da lugar a una mala Adaptación pues provoca incertidumbre respecto al pronóstico, miedo a los tratamientos, sensación de mayores cambios físicos, y aislamiento social (Brennan, 2001). La falta de Control Percibido se asocia a la depresión, se ha observado que los sujetos deprimidos presentan menor Percepción de Control (Taylor y Armor, 1996). También se asocia a escape y evitación (Folkman y Greer, 2000). Sin Control Percibido se sufre distrés y no se llevan a cabo estrategias de afrontamiento activo (Carver et.al., 2000).

Con los resultados de todos estos estudios y los resultados obtenidos en el nuestro, podemos afirmar que el Control Percibido determina la Adaptación a la enfermedad, entendida ésta como el mantenimiento de un buen estado emocional. Hemos establecido un modelo psicológico que contempla y relaciona estos dos constructos o factores, especificando las variables que los componen, resultando ser un modelo muy potente que funciona y se ajusta

bien a los datos para cada momento especificado de la enfermedad durante el primer año tras la operación quirúrgica. Como el modelo matemático resultante es muy potente y funciona muy bien con la muestra seleccionada, asumimos la relación causal entre los constructos planteados. No obstante, sería interesante estudiarlo con otros tipos de cáncer, así como con otros estadios más avanzados de la enfermedad para comprobar que funciona igualmente.

8.3.3. ESTUDIO LONGITUDINAL

Aunque no nos lo hemos planteado en nuestros objetivos, hemos visto que con la metodología de modelos de ecuaciones estructurales podemos llevar a cabo estudios longitudinales, donde diferentes variables son medidas en diferentes ocasiones y el modelo especifica los efectos de unas variables en un momento determinado sobre otras variables en momentos posteriores.

No hemos encontrado otros estudios con pacientes que padezcan cáncer que realicen este tipo de análisis con esta metodología, por lo que nos ha parecido oportuno incluirlo en nuestro estudio, aunque sea realizando un análisis simple.

Por tanto, como ya hemos apuntado en el capítulo de resultados, escogemos comparar los pases 2-3 y 3-5, porque nos parecen momentos representativos del periodo del año posterior a la intervención quirúrgica, pues:

- En el pase 2 las mujeres se están recuperando de la cirugía conservadora o radical que se realizó aproximadamente un mes y medio antes, y aunque no han iniciado otros tratamientos ya conocen el estado de sus ganglios axilares y el tipo de terapéutica que se les aplicará.
- En el pase 3, al cabo de tres meses de la operación, ya se han iniciado los tratamientos y se empiezan a padecer sus efectos secundarios (hemos visto al estudiar la evolución de las diferentes variables que éste es un momento en que los niveles de alteración

emocional, Calidad de Vida y afrontamiento se mantienen prácticamente igual que al principio o incluso pueden empeorar).

- En el pase 5, al cabo de un año de la intervención quirúrgica, los tratamientos se han dejado atrás (aunque todavía, en algunos casos, se puede estar padeciendo alguna secuela) y es un momento en que se llevan a cabo pruebas de revisión estresantes, que cuando determinan que todo es correcto dan lugar a un distanciamiento del equipo médico, lo que puede provocar cierta ansiedad que se caracteriza por la incertidumbre y temor a la recidiva.

Los modelos resultantes contienen la relación entre los diferentes pases planteados, mostrando la relación entre el diagrama que representa uno de los pases (2 o 3) con el diagrama del pase posterior especificado (3 o 5). En cualquier caso, los modelos se ajustan bien a los datos, y observamos que el Control Percibido de un pase determina de una manera muy potente la Falta de Adaptación de ese mismo pase y el Control Percibido del pase siguiente especificado. La interpretación es predictiva, es decir, el Control Percibido de un momento predice la Adaptación de ese momento pero también, y de una manera potente el Control Percibido de momentos posteriores, por tanto, la Adaptación de momentos posteriores de manera indirecta. Destaca la poca significación o ausencia de significación entre la Adaptación de un momento determinado y la Adaptación del momento posterior. Esto se explica apelando al hecho de que si prescindieramos del Control Percibido ambas Adaptaciones presentarían altas relaciones, pero al añadir el Control Percibido se hace patente que esta relación es mucho más importante y determinante a la hora de predecir una evolución.

Con estos resultados confirmamos la idea de que el Control Percibido es el factor más importante que determina y predice la Adaptación, no solo la que se observa en un momento concreto sino incluso, aunque de manera indirecta, la que se manifestará en momentos posteriores. No obstante, los índices de ajuste no son tan adecuados como en los casos en los que planteamos el modelo para cada pase: La cantidad de parámetros puede influir, pues ya hemos comentado que en estos modelos una gran cantidad de variables puede comprometer su ajuste. Por otro lado, hemos comparado solo unos momentos determinados, sería necesario

comprobar el ajuste del modelo comparando otros países simultáneamente y con otros pacientes que padezcan otros tipos de cáncer y estadios más avanzados de la enfermedad.

8.4. DISCUSIÓN GENERAL

8.4.1. CRITERIOS BASADOS EN VALORES DE PORCENTAJE O BASADOS EN VALORES DE PROMEDIO

En la primera parte del capítulo 7 de resultados hemos realizado un análisis de cada una de las variables a lo largo de los cinco países, estudiando tanto las puntuaciones medias de cada variable en cada país como el porcentaje de sujetos que puntuaban de manera patológica, sobrepasando los puntos de corte. En general, hemos visto que al estudiar las medias muy pocas variables aparecen como patológicas, lo que nos podría hacer pensar que nuestra muestra no presenta problemas. Es necesario también analizar los porcentajes para comprobar que la muestra presenta un índice de alteración psicológica que coincide con el estudiado en la bibliografía revisada sobre pacientes que padecen cáncer, donde alrededor de un 25-30% presentan algún tipo de alteración que debería ser tratada (Fertig, 1997; Goldberg et. al., 1992; Hopwood et.al., 1991; Maguire, 2000; Pinder et. al., 1993; Pinder et. al., 1994; Simon, 1992). En nuestro estudio aparece este porcentaje de alteración en las siguientes variables y países: Espíritu de Lucha en el primer país, la Preocupación Ansiosa en el segundo país, las Preocupaciones en los tres primeros países, la Competencia Personal en el tercer país, la Ansiedad en mastectomía en los países primero a tercero y quinto, la Ansiedad en tumorectomía en los dos primeros países, la Depresión en el segundo país de mastectomía, el Distrés en todos los países de mastectomía, el Distrés en el segundo y tercer países de tumorectomía, los Problemas Socio-Familiares en todos los países de mastectomía, y en el cuarto de tumorectomía, y los Problemas Sexuales en todos los países.

También hemos podido comprobar que el porcentaje de sujetos que sobrepasan las puntuaciones patológicas acostumbra a aumentar en algunas variables al iniciar los tratamientos o poco antes (la Indefensión, la Preocupación Ansiosa, el Fatalismo, la baja Competencia Personal, la Ansiedad en mastectomía, la Depresión, el Índice General de

Alteración Emocional del POMS, el Deterioro del Estatus Funcional, los Síntomas Físicos, el Distrés en mastectomía y los Problemas Socio-Familiares), y al finalizar el primer año (la Indefensión en mastectomía, la Preocupación Ansiosa, el Fatalismo, las Preocupaciones, la baja Competencia Personal, la Ansiedad en mastectomía, la Depresión en mastectomía, el Distrés en mastectomía). Estos cambios no siempre se reflejan en las puntuaciones medias y son interesantes desde el punto de vista clínico, aunque estadísticamente no lleguen a la significación, ya que nos marcan los momentos a lo largo del primer año más conflictivos y en los que desde el punto de vista psicológico deberíamos estar más alerta a la hora de realizar tratamientos o dar apoyo.

Las diferencias detectadas entre las dos muestras no son siempre significativas, aunque desde el punto de vista clínico se observan diferencias interesantes, ya que aunque de manera ligera, la muestra de mastectomía acostumbra a obtener peores puntuaciones en la mayoría de variables, tanto a nivel de puntuaciones medias como en el porcentaje de pacientes que sobrepasan los puntos de corte. Especialmente las diferencias en la evolución de ambas muestras son evidentes y estadísticamente significativas en las variables de Indefensión del MAC, en la Ansiedad y la Depresión del HAD, el Distrés, los problemas Socio-Familiares, y la Ausencia de Depresión del Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC. Clínicamente estas diferencias suponen que deberíamos prestar una atención diferente a cada tipo de paciente a lo largo del primer año, especialmente teniendo en cuenta que las pacientes mastectomizadas tienden a estar algo peor que las tumorectomizadas antes de iniciar los tratamientos o al principio de los mismos y al final del primer año.

Por tanto, para tener una idea clara de como evoluciona la muestra en cada una de las variables, no debemos quedarnos solo con las puntuaciones medias y desviaciones típicas sino también atender a los porcentajes de pacientes que presentan puntuaciones patológicas en cada una de las variables y pases, ya que estos datos nos dan una información más relevante desde el punto de vista clínico.

8.4.2. LA APORTACIÓN DE NUESTRO ESTUDIO

Para realizar nuestro estudio hemos utilizado cuestionarios y escalas que frecuentemente se usan en otros estudios con pacientes que padecen cáncer. Hemos añadido además algunas escalas, como la de Competencia Personal, que no se ha aplicado antes en estudios con este tipo de pacientes, y la Escala de Autoeficacia, especialmente diseñada para este trabajo. Pero lo más interesante es que se realiza un seguimiento más completo que en la mayoría de estudios revisados, ya que se analiza cada variable a lo largo del primer año tras la intervención quirúrgica en cinco momentos diferentes, y no solo se contemplan las puntuaciones medias y desviaciones típicas, sino que también se estudian los porcentajes de pacientes que obtienen puntuaciones patológicas.

Por otro lado, el uso de la metodología de modelos de ecuaciones estructurales tampoco está muy extendido en los estudios con pacientes con cáncer, y entre los pocos estudios que hemos encontrado y revisado (Schnoll, Harlow, Brandt et.al., 1998; Schnoll, Harlow, Stolbach et.al., 1998) tampoco se realiza un seguimiento en cinco ocasiones, como hemos hecho nosotros en la parte del estudio transversal, ni se comparan los diferentes pases, como en nuestro estudio longitudinal. Esta metodología nos ha permitido crear modelos y establecer relaciones causales, así como predecir la evolución de algunas variables o de la relación entre variables. No obstante, la idoneidad de nuestros modelos no asegura que no existan otros modelos alternativos también correctos o que ajusten bien a los datos.

Los resultados de nuestro estudio, por tanto, confirman lo que ya indicaban otros estudios en cuanto a la evolución de algunas variables a lo largo del tiempo, pero especialmente matizan esa evolución ya que determinan momentos concretos en que se observan mejorías o empeoramientos y sirven para afirmar que el Control Percibido causa la Adaptación en los diferentes momentos de la enfermedad durante el primer año tras la cirugía, lo que no se planteaba de manera tan tajante y completa en otros estudios, que se limitaban a insinuarlo o plantear una relación bidireccional entre ambos constructos. Nuestros resultados nos permiten llegar a la conclusión de que existe esta relación causal, lo que conlleva unas implicaciones clínicas relevantes, especialmente a la hora de desarrollar terapias psicológicas en pacientes con cáncer de mama

8.4.3. IMPLICACIONES CLÍNICAS

Se ha planteado que el objetivo fundamental de las diferentes intervenciones psicológicas es que el paciente diagnosticado de cáncer y que debe ser tratado mantenga una buena Calidad de Vida con ausencia de alteraciones emocionales, de Ansiedad y/o Depresión (Andersen, 1992), y con la menor alteración posible de la vida social, laboral y familiar (Owen et.al., 2001). Sebastian et.al. (1999) matizan algo más esta definición básica de la finalidad de los tratamientos psicológicos planteando que sirven para: Mejorar la Calidad de Vida, favorecer una buena Adaptación a la enfermedad, afrontar mejor el diagnóstico y nuevas condiciones de vida, proporcionar estrategias para resolver problemas psicológicos, facilitar la reincorporación a las actividades cotidianas y disminuir el malestar físico. La definición de Cruzado et.al. (1993) también incluye a la familia, diciendo que el objetivo de la terapia psicológica es el de mejorar la Calidad de Vida y la Adaptación del paciente y su familia a la enfermedad.

Es incuestionable que el Juicio de Control positivo es relevante en aquellas personas diagnosticadas de cáncer. La falta de Control tiene implicaciones negativas en su estado emocional y Calidad de Vida, mientras que aquellas que consiguen mantener una Percepción de Control consiguen una mejor adaptación. La investigación en el ámbito del Juicio de Control en pacientes con cáncer tiene el objetivo de aumentar el conocimiento del proceso de Adaptación y poder desarrollar terapias que proporcionen un mejor estado emocional a quienes padecen la enfermedad (Thompson y Collins, 1995).

Esto nos hace pensar que en realidad lo que deberíamos intentar para facilitar y mejorar la Adaptación, no es sólo reducir la alteración emocional sino, tal vez de entrada, como algo más importante, incrementar el Espíritu de Lucha, la Autoeficacia y la Competencia Personal. En definitiva, aumentar el Control Percibido o el Juicio de Control positivo. Nuestros resultados también nos sugieren esta idea.

Owen et. al. (2001) realizan una extensa revisión bibliográfica en la que constatan la efectividad de las terapias psicológicas en el tratamiento del cáncer, aunque no acaban de determinar los mecanismos por los que éstas funcionan. Nuestro estudio tiene utilidad en este sentido en cuanto que intenta explicar los mecanismos por los que la persona se adapta y

presenta mejor bienestar emocional, por tanto, los elementos que una terapia psicológica debe tener en cuenta.

De los estudios que han evaluado las diferentes terapias se puede concluir que las que mejor funcionan, obteniendo los mejores resultados, son aquellas que combinan el entrenamiento en afrontamiento cognitivo-conductual, con soporte emocional (Fawzy, 1999). Exponemos la idea de que lo que consiguen este tipo de terapias es aumentar el Juicio de Control positivo y esto lo fundamentamos en los resultados expuestos por otros autores que han estudiado este tema, como ya comentamos en el apartado 3.3. del capítulo 3. Así, podemos mencionar entre otros, estudios y autores que plantean el Juicio o Percepción de Control junto a la Autoeficacia y a la Competencia Personal como fundamento de la terapia psicológica para mantener un buen estado emocional (Fertig, 1997; Folkman y Greer, 2000; Wallston, 1992), estudios que intentan fomentar el Control a base de poder controlar la sintomatología física (Eifert et. al., 1992) o el control de hechos desagradables que puedan ocurrir, adiestrando en estrategias activas de afrontamiento e información (Andersen, 1992; Eifert et. al., 1992; Helgeson y Cohen, 1996; Mcquellon et.al., 1998) y estudios basados en fomentar el Control propiciando el apoyo social (Blanchard et. al., 1995). Otros estudios revisados basan el funcionamiento de la terapia psicológica en uno de los elementos fundamentales del Juicio de Control como es el afrontamiento, por tanto, aunque no estén mencionando directamente el Juicio de Control, en la base de su afirmación subyace la misma idea: La terapia psicológica puede modificar el estilo de afrontamiento y por tanto, el Juicio de control sobre la situación (Bottomley, 1997-a, 1997-b; Bottomley et.al.,1996; Bottomley y Jones, 1997; Fawzy y Fawzy, 1993; Fawzy et. al., 1998; Gray et.al., 1997; Schnoll, Harlow, Stolbach et.al., 1998; Tucker, 1999; Zampini y Ostroff, 1993).

En definitiva, los resultados de nuestro trabajo y el modelo que estudiamos nos permiten afirmar lo que en otros estudios se ha insinuado de manera a veces indirecta, y es que el Juicio de Control positivo, Percepción de Control o Control Percibido, como constructo medido a través de las estrategias de afrontamiento, la Competencia Personal y la Autoeficacia, determina de manera causal la Adaptación a la enfermedad, inferida a través del estado

anímico, emocional y la Calidad de Vida. Lo que supone que las terapias psicológicas deben centrarse básicamente en fomentar el Juicio de Control positivo en los diferentes momentos de la enfermedad.

Aunque el modelo que presentamos se basa en planteamientos teóricos obtenidos de la revisión de numerosos trabajos sobre el Control Percibido en pacientes con diferentes tipos de cáncer, y en consecuencia, es un modelo que debería funcionar igualmente bien en todos los casos, debemos ser prudentes y plantear que la anterior afirmación sirve para pacientes que padecen un cáncer de mama, que están en estadio I o II, han sido tumorectomizadas o mastectomizadas para posteriormente realizar tratamiento de quimioterapia y radioterapia, y que se evalúan en diferentes momentos a lo largo del primer año. Deberíamos replicar nuestro estudio con pacientes que padezcan otros tipos de cáncer y que se encuentren en otros estadios de la enfermedad para confirmar nuestra conclusión.

9. CONCLUSIONES

Del planteamiento y análisis de resultados realizados en nuestro estudio y descritos ampliamente en las páginas anteriores, creemos que pueden derivarse, como más importantes y significativas, las siguientes conclusiones:

1. En nuestra muestra de pacientes que padecen un cáncer de mama, en general predominan actitudes y estrategias de afrontamiento a la enfermedad adaptativas, así como creencias de Autoeficacia y Competencia Personal positivas y favorables que van mejorando progresivamente a lo largo del primer año tras la intervención quirúrgica.

2. En general la muestra aparece como más ansiosa que deprimida tanto en puntuación media como en porcentaje de pacientes, especialmente en el grupo de mastectomía que, además, muestra un ligero empeoramiento en el quinto pase (al año de la intervención quirúrgica) respecto a la evaluación anterior.

3. El nivel de Depresión se mantiene estable a lo largo del tiempo sin diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los dos grupos, pero clínicamente se observa un aumento tras la cirugía, antes de iniciar los tratamientos o al principio de los mismos.

4. El estado de ánimo general se mantiene favorable a lo largo del primer año y mejora estadísticamente de manera significativa, especialmente después del final de los tratamientos.

5. En general, las puntuaciones medias en cada una de las variables de Calidad de Vida de toda la muestra son favorables y la tendencia es a mejorar también en su mayoría, a medida que pasa el tiempo y van cambiando las fases de la enfermedad, con excepción de la escala referida al funcionamiento sexual, que aunque con tendencia a mejorar, se mantiene alta durante todo el primer año tras la intervención quirúrgica.

6. Desde el punto de vista clínico, teniendo en cuenta no solo las puntuaciones medias, sino también las de porcentajes, estos resultados nos sugieren que a lo largo de este primer año hay fases diferenciadas, lo que nos puede indicar que hay situaciones en que puede ser más útil que en otras una intervención psicológica. Así, observamos como momento favorable, en que se observan mejorías en casi todas las variables estudiadas, el cuarto pase, que coincide con el sexto mes tras la intervención quirúrgica y el final de los tratamientos, y como momentos menos favorables el segundo o tercer pases (correspondientes al periodo inmediatamente anterior al inicio de los tratamientos) y, especialmente, el quinto pase (que coincide con las pruebas de revisión efectuadas al cabo de un año de la intervención quirúrgica), donde se manifiesta un ligero empeoramiento en prácticamente todas las escalas, y básicamente en el porcentaje de pacientes que sobrepasan las puntuaciones de corte que se consideran patológicas.

7. Las diferencias entre mastectomía y tumorectomía son mínimas, pero desde el punto de vista clínico observamos una tendencia a presentar algo más de problemática en la muestra de mastectomía.

8. De las variables que describen el estado emocional, anímico y la Calidad de Vida puede inferirse un constructo o factor correspondiente al nivel de Adaptación a la enfermedad

9. De las estrategias de afrontamiento basadas en el mantenimiento de una capacidad de Control sobre la situación, junto con la Competencia Personal y la Autoeficacia puede inferirse un constructo o factor correspondiente al Juicio de Control positivo o Control Percibido.

10. Los resultados de nuestro trabajo y los modelos que estudiamos nos permiten afirmar lo que en otros estudios se ha insinuado de manera a veces indirecta, y es que el Juicio o Percepción de Control, como constructo medido a través de las estrategias de afrontamiento, la Competencia Personal y la Autoeficacia, determina de manera causal la Adaptación a la enfermedad, inferida a través del estado anímico, emocional y la Calidad de Vida.

11. El Control Percibido de un pase determina de una manera muy potente la Falta de Adaptación de ese mismo pase y el Control Percibido del pase siguiente especificado. La interpretación es predictiva, y confirmamos la idea de que el Control Percibido es el factor más importante que determina y predice no solo la Adaptación que se observa en un momento concreto, sino incluso, aunque de manera indirecta, la que se manifestará en momentos posteriores.

12. Aunque el modelo que presentamos se basa en planteamientos teóricos obtenidos de la revisión de numerosos trabajos sobre el Control Percibido en pacientes con diferentes tipos de cáncer, y en consecuencia, es un modelo que debería funcionar igualmente bien en todos los casos, debemos ser prudentes y plantear que la anterior afirmación sirve para pacientes que padecen un cáncer de mama, que están en estadio I o II, han sido tumorectomizadas o mastectomizadas para posteriormente realizar tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

-Aaronson, N.K., Bullinger, M. y Ahmedzai, S. (1988). A modular approach to quality of life assessment in cancer clinical trials. *Recent Results in Cancer Research*, 111, 231-249.

-Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S., Sprangers, M.A.G. for the EORTC Study Group on Quality of Life (1995). *EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology: an update*. En B. Spilker (Ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.*, 2nd ed., Raven Press Ltd., New York.

-Adams, S.G., Britt, D., Godding, P.R., Khansura, T.I. y Bulcourf, B.B. (1995). Relative contribution of the Karnofsky performance status scale in a multi-measure assessment of quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4: 239-246.

-Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.

-Agra, Y., y Badía, X. (1998). Spanish version of The Rotterdam Symptom Checklist: cross-cultural adaptation and preliminary validity in a sample of terminal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 7: 229-239.

-Akechi, T., Fukue-Saeki, M., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Yamawaki, S. y Uchitomi, Y (2000). Psychometric properties of the japanese version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. *Psycho-Oncology*, 9, 395-401.

-Aliaga, F. y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento. Revisión crítica de la Escala de Modos de Coping. *Ansiedad y Estrés*, 2, 15-26.

-Alloy, L.B. y Clements, C.M. (1992). Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2), 234-245.

-Amicheti, M., Caffo, O., Arcicasa, M., Roncxadin, M., Lora, O., Rigon, A., Zini, G., Armaroli, L., Coghetto, F., Zorat, P., Neri, S. y Teodorani, N. (1999). Quality of life in patients with ductal carcinoma in situ of the breast treated with conservative surgery and postoperative irradiation. *Breast Cancer Research & Treatment*, 54, 109-115.

-Andersen, B. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.

-Andrykowski, M.A. y Brady, M.J. (1994). Health locus of control and psychological distress in cancer patients: Interactive effects of context. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 439-458.

-Andrykowski, M.A., Cordoba, M.J., McGrath, P.C., Sloan, D.A. y Kenady, E.E. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: A 1-year follow-up. *Psycho-Oncology*, 9, 69-78.

-Arbuckle, J.L. y Wothke, W. (1995-99). *Amos 4.0 User's Guide*.

-Arrarás, J.L., Illaramendi, J.J. y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 13-34

-Arrarás, J.L., Illaramendi, J.J. y Valerdi, J.J. (1999). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30 (versión 2). Estudio de validación para nuestro país con pacientes con cáncer de pulmón. *Revista de Oncología*, 1.

-Ayres, A., Hoon, P.W., Franzoni, J.B., Matheny, K.B., Cotanch, P.H. y Takayanagi, S. (1994). Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 393-402.

-Badia, X., Salamero, M. y Alonso, J. (1999). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. 2ª Edición. Edimac, Barcelona.

-Balaguer, Y., Fuentes, Y, Melià, J.L., García-Merita, M.L. y Pérez, G (1993). El perfil de los estados de ánimo (POMS): Baremo para estudiantes valencianos y su aplicación en el contexto deportivo. *Revista del Psicología del Deporte*, 4, 39-52.

-Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

-Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.

-Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1.175-1.184.

-Barreto, M.P., Pascual, A., Lluch, A., Martínez, E., Súdez, J., Ibáñez, E. y, J. (1990). Evaluación longitudinal de Q.L. en cáncer de mama. Ponencia presentada en el Congreso F.E.S.E.O. de Madrid.

-Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.

-Beisecker, A., Cook, M., Ashworth, J., Hayes, J., Brecheisen, M., Helmig, L., Hyland, S. y Selenke, D. (1997). Side effects of adjuvant chemotherapy: Perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 6, 85-93.

-Berckman, K.L. y Austin, J.K. (1993). Causal attribution, perceived control, and adjustment in patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20, 23-30.

-Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U. y Sjöden, P. (1994-a). A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: "The starting again group". *Psycho-Oncology*, 3, 109-120.

-Berglund, G., Bolund, C., Gustafsson, U. y Sjöden, P. (1994-b). One-year follow-up of the "Starting Again" group rehabilitation programme for cancer patients. *European Journal of Cancer*, 30A, 1.744-1.751.

-Bernhard, J., Hürny, C., Coates, A.S., Peterson, H.F., Castiglione-Gerstsch, M., Gelber, R.D., et al., (1997). Quality of life assessment in patients receiving adjuvant therapy for breast cancer: The IBCSG approach. *Annals of Oncology*, 8: 825-835.

-Bernhard, J., Peterson, H.F., Coates, A.S., Gusset, H., Isley, M., Hinkle, R., Castiglione-Gerstsch, M., Hürny, (1998). Quality of life assessment in international breast cancer study group (IBCSG) trials - practical issues and associated with missing data. *Statistics in medicine*, 17 (5-7), 587-601.

-Bindemann, S., Soukop, M. y Kayer, S.B. (1991). Randomised controlled study of relaxation training. *European Journal of Cancer*, 27, 170-174.

-Bjordal, K. (1994). Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaire module to be used in quality of life assessments in head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*, 33, 879-885.

-Blanchard, C.G., Albrecht, T.L., Ruckdeschel, J.C., Grant, C.H. y Malcolm, R. (1995). The role of social support in adaptation to cancer and survival. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13 (1-2), 75-95.

-Blasco, T (1994). Anticipatory anausea and vomiting: Are psychological factors adequately investigated?. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 85-100.

-.Blasco, T. (2000). Variables psicológicas como predictoras de la intensidad de náuseas en pacientes que reciben quimioterapia. *Oncología*, 23, 333-336.

-Blasco, T. y Bayés, R. (1992). Adaptation to illness in cancer patients: A preliminary report. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 207-211.

-Blasco, T., Fernández-Castro, J, Doval, E, Moix, J, Rovira, T. y Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y Estrés*, 5, 261-273.

-Blasco, T. y Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología*, 72, 81-90.

-Blasco, T., Borrás, F.X., Bonillo, A. y Fernández, J. (1997). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre el recuerdo de palabras. *Anales de Psicología*, 13, 163-175.

-Blasco, T., Pallarés, C., Alonso, C. y López, J.J (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 3, 47-52.

-Bleiker, E. (1993) Rationality, Emotional expression and control: Psychometric characteristics of a questionnaire for research in Psychooncology. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 37, no. 8, 861-872.

-Bloom, J.R., Stewart, S.L., Johnston, M. y Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.

-Bottomley, A. (1995). The development of the Bottomley Cancer support Scale. *European Journal of Cancer Care*, 4, 127-131.

-Bottomley, A. (1997-a). Synthesizing cancer group interventions - A cancer group intervention in need of testing. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 4(1), 51-61.

-Bottomley, A. (1997-b). Cancer support groups - are they effective?. *European Journal of Cancer Care*, 6, 11-17.

-Bottomley, A., Hunton, S., Roberts, G., Jones, L. y Bradley, C. (1996). A pilot study of cognitive behavioral therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14 (4), 65-83.

-Bottomley, A. y Jones, L. (1997). Social support and the cancer patient - A need for clarity. *European Journal of Cancer Care*, 6, 72-77.

-Bremer, B.A., Moore, C.T., Bourbon, B.M., Hess, D.R. y Bremer, K.L. (1997). Perceptions of control, physical exercise, and psychological adjustment to breast cancer in south african women. *Ann. Behav. Med.* 19(1), 51-60.

-Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.

-Bultz, B.D., Speca, M., Brasher, P.M., Geggie, P.H. y Page, S.A. (2000). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 9, 303-313.

-Bundeck, N.I., Marks, G., y Richardson, J.L. (1993). Role of health locus of control beliefs in cancer screening of elderly hispanic women. *Health Psychology*, 12, 193-199.

-Burger, J.M. (1989). Negative reactions to increases in perceived personal control, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 246-256.

-Burgess, C., Morris, T. y Pettingale, K.W. (1988). Psychological response to cancer diagnosis-II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic research*, 32, 263-272.

-Burish, G., Snyder, S., y Jenkins, R.A. (1991) Preparing patients for cancer chemotherapy: Effect of coping preparation and relaxation interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 517-525.

-Burton, M.V., Parker, R.W., Farrell, A., Bailey, D., Conneely, J., Booth, S. y Elcombe, S. (1995). A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-Oncology*, 4, 1-19.

-Carlsson, M. y Hamrim, E. (1996). Measurement of quality of life in women with breast cancer. Development of a Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) and a comparison with the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Res.*, 5, 265-274.

-Caro e Ibáñez, (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.

-Carter, R.E., Carter, C.A. y Siliunas, M. (1993). Marital adaptation and interaction of couples after a mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11, 69-82.

-Carver, C., Harris, S., Lehman, J.M., Durel, L.A., Antoni, M.H., Spencer, S.M. y Pozo, C. (2000). How important is the perception of personal control? Studies of early stage breast cancer patients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 139-149.

-Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. y Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

-Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F. y Clark, K. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220.

-Carver, C.S., Scheier, M.F., y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

- Cella, D.F., Jacobsen, P.B., Orav, E.J., Holland, J.C., Silberfarb, P.M. y Rafla, S. (1987). A brief POMS measure of distress for cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 939-942.
- Cella, D.F., Sarafian, B. y Sridler, P.R. (1993). Evaluation of a community based cancer support group. *Psycho-Oncology*, 2, 123-132.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. y Spiegel, D. (1996). Coping Styles Associated with Psychological Adjustment to Advanced Breast Cancer. *Health Psychology*, 15, 434-437.
- Clot Bru, C. (1991). La rehabilitación del enfermo de cáncer. *Rev. Cáncer*, 5, 193-197.
- Coates, A., Glaszinou, P., McNeil, D.R. et al. (1990). On the receiving end III. Measurement of quality of life during cancer chemotherapy. *Ann. Oncol.* 1, 213-217.
- Coates, A., Fisher, C.F., McNeil, D.R. et al. (1985). On the receiving end II. Linear Analogue Self-Assessment (LASA) in evaluation of aspects of quality of life of cancer patients receiving chemotherapy. *Eur. J. Cancer Clin. Oncol.* 19, 1.633-1.637.
- Cohen, F. y Lazarus, R.S. (1983). *Coping and adaptation in health and illness*. En D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care, and the health professions* (pp. 608-631). New York: Free Press.
- Comeche, I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas, ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Fundación Universidad-Empresa, Madrid.
- Cooper, C.L. y Faragher, E.B. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: The inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine*, 23, 653-662.
- Córdoba, M.J., Andrykowski, M.A., Kenady, D.E., McGrath, P.C., Sloan, D.A. 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, 981-986.
- Cotton, S.P., Leline, E.G., Fitzpatrick, C.M., Dold, K.H. y Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438

-Cox, T. (1986). *Estrés: un planteamiento psicofisiológico del cáncer*. En C. L. Cooper,(Ed.), *Estrés y cáncer*. Díaz de Santos, S.A., Barcelona.

-Cruzado, J.A., Olivares, E. y Fernández, B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes de cáncer de mama. En D. Maciá, F.X Méndez, J. Olivares (Eds.) *Intervención Psicológica: Programas aplicados de tratamiento (faltan páginas)*. Madrid: Pirámide.

-Cunningham, A.J. (2000). Adjuvant psychological therapy for cancer patients: Putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psycho-Oncology*, 9, 367-371.

-Cunningham, A.J., Edmonds, C.V., Phillips, C., Soots, K.I., Hedley, D. y Lockwood, G.A. (2000). A prospective, longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 9, 323-339.

-Cunningham, A.J., Lockwood, G.A., Edmonds, C.V. (1993). Which cancer patients benefits most from a brief, group, coping skills program? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23, 383-398.

-Cunningham, A.J. Jenkins, G., Edmonds, C.V. y Lockwood, G.A. (1995). A randomized comparison of two forms of a brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions versus a “weekend intensive”. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25(2), 173-189.

-Curran, P.J. y West, S.G. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29

-Cutrona, C.E., y Russel, D.W. (1990). *Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching*. En B.R. Saranson, I.G. Saranson y G.R. Pierce (Eds.) *Social Support: an International View* (319-366) New York: Wiley.

-Cwikel, J.G., Behar, L.C. y Zabora, J.R. (1997). Psychosocial factors that affect the survival of adult cancer patients: a review of research. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(3/4), 1-34.

-Dean, C. y Surtees, P.G. (1989). Do psychological factors predict survival in breast cancer?. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 561-569.

-Dean, C., Surtees, P. y Sashidaran, S. (1983). Comparisons of research diagnostic systems in an Edinburg community sample. *British Journal of Psychiatry*, 142, 247-256.

-Derogatis, L.R. (1975). *The affects Balance Scale*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

-Derogatis, L.R. (1983-a). *SCL-90-R. Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*, 2nd ed. Clinical Psychometric Research, Towson, MD.

-Derogatis, L.R. (1983-b). *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale*. Clinical Psychometric Research, Baltimore, MD.

-Derogatis, L y Lopez, M. (1983). *The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS & PAIS-SR): Administration, Scoring & Procedures Manual*. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD.

-Derogatis, L.R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory (BSI): An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.

-Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J, et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J. Am. Med. Assoc.* 249, 751-757

-Derogatis, L.R. y Spencer, R. (1982). *Administration and procedure: BSI Manual*. Clinical Psychometric Research.

-Devlen, J. (1984). *Psychological and social aspects of Hodgkin's Disease and Non-Hodgkin's Lymph*. PhD Thesis. University of Manchester.

-De Haes, J.C. y Welvaart, K. (1985). Quality of life after breast cancer surgery. *Journal of surgery Oncology*, 28, 123-125.

-De Haes, J.C., Olschewski, M., Fayers, P. et al. (1990). *Measuring the Quality of Life of Cancer Patients with the Rotterdam Symptom Check List (RSCL): A Manual*. Northern Center for Health Care Research (NCH), University of Groningen, The Netherlands.

-De Valck, C. y Vinck, J. (1996). Health locus of control and quality of life in lung cancer patients. *Patient Education and counseling*, 28, 179-186.

- De Vries, M., Schilder, J., Mulder, C., Vrancken, A., Remie, M y Garssen, B. (1997). Phase II study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 6, 129-137.
- Die, M., Calvo, F.A., Berasategui, P. y Pérez, J.M. (1997). Psico-Oncología asistencial en Oncología integral. Criterios de integración, objetivos de actividad y experiencia inicial en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. *Oncología*, 21 (6), 155-164.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L. y Brosson, J. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 83, 2130-2138.
- Dunn, J., Steginga, S.K. (2000). Young women experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psycho-Oncology*, 9, 137-146.
- Dunn, J., Steginga, S.K., Occhipinti, S., Wilson, K. y McCaffrey, J. (1998). Profiles of distress in women following treatment for primary breast cancer. *The Breast*, 7, 251-254.
- Dura, E. y Ibáñez, E. (1991). The psychosocial effects of an information program involving spanish breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 45-65.
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z. y Fournier, M (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9, 428-438.
- Edgar, L., Rosberger, Z. y Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer*, 69, 817-828.
- Eifert, G.H., Coburn, K.E. y Seville, J.L. (1992). Putting the client in control: The perception of control in the behavioral treatment of anxiety. *Anxiety, stress and coping*, 5, 165-176.
- Elliot, G. R. y Eisdorfen, C. (1982). *Stress and human health*. New york, Springer.
- Ellsworth, R. (1981). *Profile of Adaptation to Life Clinical Scale*. Consulting Psychologist Press, California.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E. y Howell, D.C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13, 539-547.

-Eysenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behavior research and Therapy*, 16, 167-215.

-Fallowfield, L., Ford, S. y Lewis, S. (1995). No news is not good news: Information preferences of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 4, 197-202.

-Fauman M.A. (1982). The central nervous system and the immune system. *Biol. Psychol.*, 17: 1459-1481.

-Fawzy, F.I. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *European Journal of Cancer*, 31 (11), 1559-1564.

-Fawzy, I.F., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kemeny, M.E., Elashoff, R. y Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.

-Fawzy, I.F., y Fawzy, N.W. (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 191-200.

-Fawzy, I.F., Fawzy, N.W, Arndt, L.A. y Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 100-113.

-Fawzy, I.F., Fawzy, N.W, Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J.L. y Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma. Effects on an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, 681-689.

-Fawzy, I.F., Fawzy, N.W. y Wheeler, G. (1996). A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: an analysis of data from two studies. *Psycho-Oncology*, 5, 81-89.

-Feifel, H., Strack, S. y Nagy, V. (1987-a). Coping Strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine*, 49, 616-625.

-Feifel, H., Strack, S. y Nagy, V. (1987-b). Degree of life-threat and differential use of coping modes. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 91-99

-Feigin, R., Greenberg, A., Ras, H., Hardan, Y., Rizer, S., Ben Efraim y Stemmer, S.M. (2000). The psychological experience of women treated for breast cancer by high-dose chemotherapy supported by autologous stem cell transplant: A qualitative analysis of support groups. *Psycho-Oncology*, 9, 57-68.

-Fernández-Ballesteros, R. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 41-50.

-Fernández, J. (1999) Las estrategias para afrontar el estrés y la competencia percibida: Influencias sobre la salud. En I.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Ed.) . *Emociones y Salud*. Barcelona, Ariel Psicología.

-Fernández, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal Percibida de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4(1), 31-41.

-Fernández, J., Edo, S. (1994) ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10(2), 127-133.

-Ferrero, J. (1992). *Evaluación cognitiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral: Universidad de Valencia.

-Ferrero, J. (1992). *Evaluación cognitiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia (Tesis Doctoral no publicada).

-Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Editorial Pomolibro, Valencia.

-Ferrero, J., Barreto, M.P. y Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.

-Ferrero, J., Barreto, M.P. y Toledo, M. (1995). Negación y cáncer: Una reflexión y algunos resultados. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 34/35, 55-66.

-Ferrero, J., Rodríguez-Marín, J, Toledo, M. y Barreto, M.P. (1996). Afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer: Un estudio de la aceptabilidad relativa de hipótesis causales opuestas. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(2), 3-26.

- Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M.P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 87-102.
- Fertig, D.L. (1997). Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis, and treatment. *The Breast Journal*, 3, 292-302.
- Fidler, Y.J. (1978). Tumor heterogeneity and the biology of cancer invasion and metastasis. *Cancer res.*, 38: 2651-2660.
- Fiske, S.T. y Taylor, S.E. (1991). *Social Cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Flórez, J. A. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Edika Med.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. y Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health an Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54, 466-475.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Shetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psycholog.* 50, 992-1003.
- Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona
- Font, A. (1989). Locus de control en situaciones de indefensión producida por amenaza real. *Psicologemas*, 3, 225-243.

-Font, A. (1991). Relaciones entre expectativas de resultado teórico, expectativas de resultado autorreferencial, y expectativas de autoeficacia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23, 53-69.

-Forester, B., Kornfeld, D.S. y Fleiss, J.L. (1993). Group psychotherapy during radiotherapy: Effects on emotional and psysical distress. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1700-1706.

-Friedman, L.C., Baer, P.E., Lewy, A., Lane M., y Smith, F.E. (1989). Predictors of psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychological Oncology*, 6, 75-94.

-Fuentes, Y., García-Merita, M., Melià, J.L. y Balaguer, Y. (1994). Formas paralelas de la adaptación valenciana del Perfil de Estados de Ánimo (POMS). Comunicación presentada en el *IV Congreso de Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela, 21-24 de Septiembre.

-Futterman, A.D., Kemeny, M.E., Shapiro, M.E. y Fahey, J.L. (1994). Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood. *Psychosomatic Medicine*, 56, 499-511.

-Glasdam, S., Jensen, A.B., Madsen, E.L. y Rose, C. (1996). Anxiety and depression in cancer patients' spouses. *Psycho-Oncology*, 5, 23-29.

-Glanz, K. y Lerman, C. (1992). Psychological impact of breast cancer: a critical review. *Ann.Behav. Med.*, 14, 204-212.

-Godoy, M.J., Rojas, A.J., García, J.L. y Cabrera, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del EORTC QIQ-C30: Medida de la calidad de vida en pacientes oncológicos avanzados. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 125-139.

-Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor.

-Goldberg, J.A., Scott, R.N., Davidson, P.M., Murray, G.D., Stallard, S., George, W.D. y Maguire, G.P. (1992). Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European Journal Surg. Oncol.*, 18, 327-331.

-Goldberg, D. y Williams, P.(1998). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor.

-González, M., Palenzuela, D., Pulido, R., Saez, L. y López, E. (2001). El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7, 1-14.

-González-Romà, V., Ripol, P., Caballer, A., Ferreres, A., Gil, P. y Peiró, J.M. (1998). Comparación de modelos causales sobre la experiencia de burnout: Un estudio multimuestra. *Ansiedad y estrés*, 4, 81-89.

-Grassi, L., Rosti, G., Lasalvia, A. y Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20.

-Gray, R., Fitch, M., Davis, C. y Phillips, C. (1996). Breast cancer and prostate cancer self-help groups: Reflections on differences. *Psycho-Oncology*, 5, 137-142.

-Gray, R., Fitch, M., Davis, C. y Phillips, C. (1997). A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-Oncology*, 6, 279-289.

-Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.

-Greer, S., Moorey, S. y Baruch, J.D.R. (1991). Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients. *British Journal of Cancer*, 63,257-260.

-Greer, S., Moorey, S. y Baruch, J.D.R. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304, 675-680.

-Greer, S., Morris, T. y Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect of outcome. *Lancet* ii, 785-787.

-Greer, S. y Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its management and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6, 439-454.

-Gruber, B.L., Hall, N.R., Hersh, S.P., Dubois, P. (1988). Immune system and psychological changes in metastatic cancer patients using relaxation and guided imagery: A pilot study. *Scandinavian Journal of Behavioral Therapy*, 17, 25-46.

-Gruber, B.L., Hersh, S.P., Hall, N.R., Waletzky, L.R., Kunz, J.F., Carpenter, J.K., Kverno, K.S. y Weiss, S.M. (1993). Immunological responses of breast cancer patients to behavioral interventions. *Biofeedback and self regulation*, 18, 1-22.

-Guerra, D. y Bárez, M. (1996-a). Evaluación psicológica en pacientes con patología mamaria tras intervención quirúrgica". *Revista Española de Senología y Patología Mamaria* , 9, 3 (119-124).

-Guerra, D. y Bárez, M. (1996-b). Incidencia de Psicopatología en pacientes intervenidas de cáncer de mama". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.

-Guerra, D., Bárez, M., Viñolas y N. Fernández-Cid, A. (1995). *Evaluación psicológica en pacientes con patología mamaria tras intervención quirúrgica*. XIV Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Pamplona, Junio. 1995.

-Gurin, P. y Brim, O.G. (1984). *Change in self in adulthood: The exemple of sense of control*. En P.B. Baltes & O.G. Brim (Eds.), *Lifespan development and behavior* (pp. 282-334). San Diego, CA: Academic Press.

-Gurin, P., Gurin, G., y Morrison, B.M. (1978). Personal and ideological aspects of internal and external control. *Social Psychology*, 41, 275-296.

-Hanson, M., Suman, V.J., Rummans, T.A., Dose, A.M., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R y Evans, R.E. (2000). Psysical, psychological and social well-beinf of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9, 221-231.

-Hannum, J.W., Geiss-Davis, J., Harding, K. y Hatfield, A.K. (1991). Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 1-20.

-Harrison, J.y Maguire, P.(1995). Influence of age on psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 4, 33-38.

-Harrison, J., Maguire, P., Ibbotson, T., Macleod, R, y Hopwood, P. (1994). Concerns, confiding and psychiatric disorder in newly diagnosed cancer patients: a descriptive study. *Psycho-Oncology*, 3, 173-179.

-Heckhausen, J. (1991). *CASE-A. Causality and self-efficacy in Adulthood Questionnaire*. Berlin: Max Planck Institute.

-Heckhausen, J. y Schultz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological review*, 102, 284-304.

-Heim, E., Augustiny, K., Schaffner, L. y Valach, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 523-542.

-Heim, E., Valach, L y Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and Stages in Breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418

-Helgeson, V.S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (4), 656-666.

-Helgeson, V.S., y Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.

-Hellbon, M., Brandberg, Y, Glimelius, B. y Sjöden, P. (1998). Individual psychological support for cancer patients: Utilization and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 34, 247-256.

-Herrmann, C. (1997). International Experiences with The Hospital Anxiety and Depression Scale - A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.

-Hitch, P.J., Fielding, R.G. y Llewelyn, S.P. (1994). Effectiveness of self-help and support groups for cancer patients: a review. *Psychology and Health*, 9, 437-448.

-Holland, J.C. (1998). *Psycho-Oncology*. Oxford University Press. New York, Oxford

-Holland, J. C. y Rowland, J. H. (1989). *Handbook of psychooncology*. Oxford University Press. New York.

-Hopwood, P., Howell, A. y Maguire, P.(1991). Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validations of two self-report questionnaires. *British Journal of Cancer*, 64, 353-356.

-Horowitz, M., Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

-Hosaka, T. (1996). A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 59-64.

-Hoskins, C.N., Budin, W.C. y Maislin, G. (1996). Medical factors and patterns of adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 31-44.

-Iacovino, V. y Reesor, K. (1997). Literature, on interventions to address cancer patients' Psychosocial needs: What does it tell us?. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(2), 47-71.

-Irwin, J. y Anisman, H. (1986). *Patología y estrés: Interacciones inmunológicas con el sistema nervioso central*. En C.L., Cooper (Ed.), *Estrés y cáncer*. Díaz de Santos, S.A., Barcelona.

-Jarrett, S., Ramirez, A., Richards, M. y Weinman, J. (1992). Measuring coping in breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 593-602.

-Jenkins, R.A. y Burish, T.G. (1995). Health locus of control, hemotherapy-related distress, and response to behavioral intervention in cancer patients. *Psychology and Health*, 10, 463-475.

-Johnstone, B.G., Silberfield, M., Chapman, J., Phoenix, C., Sturgeon, J.F.G., Till, J.E.y Sutcliffe, S.B. (1991). Heterogeneity in response to cancer. Part Y: Psychiatric symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 85-90.

-Juan, E., Blasco, T., Font, A., Pallarés, C. y Sanz, A. (1999). Un nuevo instrumento para valorar la calidad de vida en cáncer de pulmón: Estudio preliminar. *Oncología*, 22(3), 125-129.

- Karnofsky, D.A., y Burchenal, J.H. (1949). *Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. En C.M. McLeod (Ed.), *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia University Press, New York.
- Keller, S.E., Weiss, J.M., Schleifer, S.J., Miller, N.E. y Steiun, M. (1981). *Science*, 213, 1.397.
- King, M.T., Dobson, A.J. y Harnett, P.R. (1996). A comparison of two quality of life questionnaires for cancer clinical trials: The Functional Living Index-Cancer (FLIC) and The Quality of Life Questionnaire Core Module (QLQ-C30). *Journal of Clinic Epidemiology*, 49, 21-29.
- Kissane, D.W., Bloch, S., Burns, W.I., McKenzies, D. y Posterino, M. (1994). Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 47-56.
- Kissane, D.W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. y Seddon, A, y Keks. N. (1997). Cognitive-Existential group therapy for patients with primary breast cancer - techniques and themes. *Psycho-Oncology*, 6, 25-33.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guildford.
- Knapp, P.H., Levy, E.M., Giorgi, R.G., Black, P.H., Fox, B.H. y Heeren, T.C. (1992). Short-term immunological effects on induced emotion. *Psychosomatic Medicine*, 54, 133-148.
- Koocher, G. P. y O'Malley, J. E. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. New York, McGraw-Hill.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K. y Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7,101-111.
- Kreitler, S., Kreitler, H., Chaitchik, S., Shaked, S y Shaked, T. (1997). Psychological and medical predictors of disease course in breast cancer: a prospective study. *European Journal of Personality*, 11, 383-400.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.

-Laudenslager, M.L., Ryan, S.M., Drugan, R.C., Hyson, R.L. y Maier, S.F. (1983). Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation. *Science*, 221, 568-570.

-Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Strees, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

-Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1, 141-169.

-Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R. y Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence - A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears, *Psycho-Oncology*, 95-105.

-Lefcourt, H.M. (Ed) (1981). *Research with the locus of control construct*. New York: Academic Press.

-Levenson, H. (1973-a). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 153-157.

-Levenson, H. (1973-b). Perceived parental antecedents of internal, powerful others and chance locus of control orientations. *Developmental Psychology*, 9, 260-265 (b).

-Levenson, J. y Bemis, C. (1991). The role of psychological factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics*, 32, 124-132.

-Levy, S.M., Herberman, R.B., Lippman, M., D'Angelo, T. y Lee, J. (1991). Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. *Behavioral Medicine*, 91, 67-75.

-Loehlin, J.C., (1998). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 3rd ed.

-López-Roig, S., Neip, M.C., Pastor, M.A., Terol, M.C. y Castejón, J. (1999). Afrontamiento del cáncer: Una revisión empírica. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 141-176.

-MacCallun, R.C. y Austin, J.T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Reviews in Psychology*, 51, 201-226.

-Maguire, G. P. (1989). The psychological impact of cancer. *British Journal of Hospital Medicine*.

-Maguire, P. (1995). Psychosocial interventions to reduce affective disorders in cancer patients: research priorities. *Psycho-Oncology*, 4, 113-119.

-Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556-558.

-Maier, S.F., Laudenslager, M.L. (1988). Inescapable shock, shock controllability and mitogen stimulated lymphocyte proliferation. *Brain, Behavior and Immunity*, 2, 87-91).

-Manne, S.L., Girasek, D. y Ambrosino, J. (1994). An evaluation of the impact of a cosmetics class on breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 83-99.

-Marcus, A., Cella, D., Deslacek, S., Crawford, E.D., Crane, L.A., Garrett, K., Quigel, C. y Gonin, R. (1993). Psychosocial counseling of cancer patients by telephone: A brief note on patient acceptance of an outcall strategy. *Psycho-Oncology*, 2, 209-214.

-Marks, G., Richardson, J.L., Graham, J.W., Levine, A. (1986). Role of health of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 443-450.

- Maruyama, G. (1998). *Basics of structural equation modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage.

-Matt, D.A., Sementilli, M.E., y Burish, T.G. (1988). Denial as strategy for coping with cancer. *Journal of Mental Health Counseling*, 10, 136-144.

-McCaul, K.D., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. y Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230-236.

-McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, J.F.R. y Sherbourne, C.D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40-66.

-McLachlan, S.A., Devins, J.M. y Goodwin, P.J. (1999). Factor analysis of the psychosocial items of the EORTC QLQ-C30 in metastatic breast cancer patients participating in a psychosocial intervention study. *Quality of Life Research*, 8 (4): 311-317.

- McNair, D., Lorr, M. y Droppelman, L.F. (1971). *Profile of Mood States Manual*. San Diego, CA: EDITS.

-McNair, P.M., Lorr, M. y Droppleman, L. (1992). *Profile of Mood States Manual (Revised)*. Educational and Industrial Testing Services, San Diego, CA.

-McPhail, G. (1998). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Oncology in Practice*, 3, 17-19

-McQuellon, R.P., Wells, M., Hoffman, S., Crave, B., Russell, G., Cruz, J., Hurt, G., Dechatelet, P., Andykowsky, A. y Savage, P. (1998). Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-Oncology*, 7, 207-217.

-Merluzzi, T.V. y Martínez, M.A. (1997). Perceptions of coping behaviors by persons with cancer and health care providers. *Psycho-Oncology*, 6, 197-203.

-Merluzzi, T.V., Nairn, R.C., Hegde, K, Martinez, M.A. y Dunn, L. (2001). Self-Efficacy for coping with cancer: Revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0). *Psycho-Oncology*, 10, 206-217.

-Mermelstein, H.T. y Holland, J.C. (1991). Psychotherapy by telephone. *Psychosomatics*, 32, 407-412.

-Mermelstein, H.T. y Lesko, L. (1992). Depression in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 1, 199-215.

-Meyer, T.J. y Mark, M.M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.

-Miller, S.M. (1979). Controllability and human stress: Method, evidence and theory. *Behavior Research and Theory*, 17, 287-304.

-
- Moadel, A.B., Ostroff, J.S., Lesko, L.M. y Bajorunas, D.R. (1995). Psychosexual adjustment among women receiving hormone replacement therapy for premature menopause following cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 4, 273-282.
- Monjan, A.A. y Collector, M.J. (1977). *Science*, 196, 307.
- Montgomery, S.A., y Aasberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. Heinemann Medical Books, London.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J.M. y Law, M., (1998). A comparison of Adjuvant Psychological Therapy and supportive counseling in patients with cancer:. *Psycho-Oncology*, 3, 218-228.
- Moorey, S. y Greer, S., Watson, M., Baruch, J.D.R., Robertson., B.M., Mason, A., Rowden, L., Tunmore, R., Law, M., y Bliss, J.M. (1994). Adjuvant Psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3, 39-46.
- Moos, R., Cronkite, R., Billings, A. y Finney, J. (1983). *Health and Daily Living Form Manual*. Social Ecology Laboratoty, Palo Alto, CA.
- Morris, T., Blake, S. y Buckley, M. (1985). Development of a method for rating cognitive responses to a diagnoses of cancer. *Social Science and Medicine*, 20, 795-802.
- Morris, J. y Coyle, D. (1994). Quality of Life Questionnaires in cancer clinical trials: Imputing missing values. *Psycho-Oncology*, 3, 215-222.
- Morris, T., Pettingale, K y Haybittle, J. (1992). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology*, 1, 105-114.
- Morrow, G.R. (1992). Behavioral factors influencing the development and expression of chemotherapy induced side effects. *British Journal of Cancer*, 66, S54-S61.

- Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. y Smith, F. (1989). Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 341-355.
- Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. y Smith, F. (1994). Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 127-141.
- Noll, C., Budin, W. y Maislin, G. (1996). Medical factors and patterns of adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 31-44.
- Nordin, K., Berglund, G., Terje, Y. y Glimelius, B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale - A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8, 250-259.
- Obrist, P.A. (1981). *Cardiovascular Psychophysiology. A Perspective*. New York, Plenum Press.
- Orr, E. (1986). Open Communication as an effective stress management method for breast cancer. *Journal of Human Stress*, 12, 175-185.
- Oswiecki, D., Compas, B.E. (1998). Psychological adjustment to cancer: Control, beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 438-499.
- Owen, J.E., Klapow, J.C., Hicken, B. y Tucker, D. (2001). Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology*, 10, 218-230.
- Padierna, J.A., Aristegui, E. y Medrano, J. (1994). Implicaciones psiquiátricas de los procesos oncológicos. *Oncología*, 17/309, 62-71.
- Padilla, G.V., Presant, C., Grant, M., Metter, G., Lipsett, J. y Heide, F.(1983). Quality of Life for patients with cancer. *Res. Nurs. Health*, 6. 117-126.
- Palanca, M. (1994). Manejo de la depresión en el paciente con cáncer. *Oncología*, 17/519, 65-70.
- Parle, B., Jones, B. y Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological Medicine*, 26, 735-744.

- Passik, S.D., Newman, M.L., Brennan, M. y Tunkel, R. (1995). Predictors of Psychological distress, sexual dysfunction and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 4, 255-263.
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Terol, M.C. y Pons, M. (1999). Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 299-311.
- Penn, Y. (1981). Depressed immunity and the development of cancer. *Clin. Exp. Immunol.*, 46: 459-474.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. y Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39 (6), 326-332.
- Pettingale, K.W. (1984). Coping and cancer prognosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 363-364.
- Pettingale, K.W., Morris, T., Greer, S. y Haybittle, J.L. (1985). Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet*, **i**, 750.
- Pinder, K.L., Ramirez, M., Black, E., Ricfharsd, M.A., Gregory, W.M., Rubens, R.D. (1993). Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated features. *European Journal of Cancer*, 29 (suppl A), 524-527.
- Pinder, K.L., Ramirez, E., Richards, M.A., Gregory, (1994). Cognitive responses and psychiatric disorder in womwn with operable breast cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 129-137.
- Pistrang, N. y Barker, C. (1992). Disclosure of concerns in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 1, 183-192.
- Porzsolt, F., WölpL, C., Rist, C., Kosa, R., Büchele, G. y Gaus, W. (1996). Comparison of three instruments (QLQ-C30, SF-36, QWB-7) measuring health-related quality of life/quality of well-being. *Psycho-Oncology*, 5, 103-117.
- Pruitt, B.T., Waligora-Serafin, B., McMahan, T., Byrd, G., Besselman, L., Kelly, G.M., Drake D.A., y Cuellar, D. (1993). An educational intervention for newly-diagnosed cancer patients undergoing radiotherapy. *Psycho-Oncology*, 2, 55-62

-Razavi, D., Devaux, N., Farvacques, C. y Robaye, E. (1989). The screening of adjustment disorders and major depressive disorders in hospitalized cancer patients. *British Journal of Psychiatry*, 156, 79-89.

-Rey, M., Blasco, T. y Borrás, F. (2000). Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre la autoeficacia. *Anales de Psicología*, 16(1), 23-31.

-Ringdal, G.I. y Ringdal, K. (1993). Testing the EORTC Quality of Life Questionnaire on cancer patients with heterogeneous diagnoses. *Quality of Life Res.*, 2, 129-140.

-Roberts, C.S., Piper, L., Denny, J. y Cuddeback, G. (1997). A support group intervention to facilitate young adult's adjustment to cancer. *Health and Social Works*, 22, 133-141.

-Rodin, J. (1990). *Control by any other name: Definitions, concepts, and processes*. En J. Rodin, C. Schooler & K.W. Shaie (Eds.) *Self-directedness: Cause and effect throughout the life course* (pp. 1-15). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

-Rodrigue, J., Behen, J. y Tumlin, T. (1994). Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 205-214.

-Rodrigue, J.R. y Park, T.L. (1996). General and illness-specific adjustment to cancer: relationship to marital status and marital quality. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 29-36.

-Rodríguez, J., Pastor, M.A., López, S., García, J. y Sánchez, A. (1989). Efectos psicosociales de la ostomía. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 25-62.

-Rokke, P.D., Mustafa Al Absi, Lall, R., Oswald, K. (1991). When does a choice of coping strategies help? The interaction of choice and Locus of Control. *Journal of Behavioral Medicine*, 14 (5), 491-504.

-Romero, R., Ibañez, E. y Monsalve, V (2000). *La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: Un estudio preliminar*. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psico-Oncología*. Nova Sidonia Oncología. Madrid.

- Rothbaum, F., Weisz, J.R., y Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rotter, J.B. (1954). *Social Learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (Todo el n° 609).
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement. A case history of variable. *American Psychologist*, 45(4), 489-493.
- Rovira, T., Fernández, J. y Edo, S. (1998). Juicios de contingencia: Un nuevo enfoque en la valoración de la contingencia real. *Psicológica*, 19, 123-136.
- Rowland, J. H. (1989). *Development stage and adaptation: adult model*. En J.C. Holland y J. H. Rowland, (Eds.), *Handbook of psychooncology*. Oxford University Press. New York, cap 3: 25-43.
- Salovey, P. y Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 539-551.
- Salvatierra, V. (1995). Repercusiones psicológicas del cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 33: 6-21.
- Samarel, N., Fawcett, J. y Tulman, L. (1997). Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 20, 15-26.
- Sarason, Y., Levine, H., Basham, R. y Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N. y Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *J. Soc. Personal Rels.*, 4, 497-510.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. y Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer: Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.

-Schleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thorton, J.C. y Stein, M. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereament. *Journal of the American Medical Association* 250, 374-377.

-Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Brandt, U. y Stolbach, L.L.(1998). Using two factor structures of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 424-435.

-Schnoll, R.A., Harlow, L.L., Stolbach, L.L.y Brandt, U. (1998). A structural model of the relationships among stage of disease, age, coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 69-77.

-Schnoll, R.A., Mackinnon, J.R., Stolbach, L. y Lorman, C. (1995). The relationship between emotional adjustment and two factor structures of The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. *Psycho-Oncology*, 4, 265-272.

-Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health: An International Journal*, 9, 161-180.

-Schwartz, C., Daltroy, L.H., Brandt, U., Friedman, R. y Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22, 203-210.

-Sebastian, J., Bueno, M.J., Mateos, N. y García, P. (1999). Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 65, 53-73

-Seeman, T.E., y Berkman, L.F. (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support?. *Soc. Sci. Med.* 23, 737-749.

-Seligman, M.E.P. (1975-a). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

-Seligman, M.E.P. (1975-b). *Helplessness*. New York: W.H. Freeman.

-Seligman, M.E.P. (1981). *Indefensión*. Madrid, Debate.

-Shapiro, D., Boggs, S., Rodrigue, J., Urry, H., Algina, J., Hellman, R. y Ewen, F. (1997). Stage II breast cancer: Differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 143-157.

-Shapiro, D., Rodrigue, J., Boggs, S. y Robinson, M. (1994). Cluster analysis of the Medical Coping Modes Questionnaire: evidence for coping with cancer styles?. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 151-159.

-Shapiro, D.H., Schwartz, C.E. y Astin, J.A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51 (12), 1213-1230.

-Siegel, K. (1990). Psychosocial oncology research. *Social Work in Health Care.*, 15(1): 21-43.

-Silverman-Dresner, T. y Restaino-Baumann, L. (1990). Comparison of symptom profiles between postmastectomy patient and normally healthy middle-age women. *Imagination, Cognition & Personality*, 10, 195-200.

-Siminoff, L.A., Fetting, J.H. y Abeloff, M.D. (1989). Doctor-Patient communication about breast cancer adjuvant therapy. *Journal, of clinical Oncology*, 7, 1.192-1.200.

-Simon, G. (1992). Psychiatric disorder and functional somatic symptoms as predictors of health care use. *Psychiatric Medicine*, 10, 49-59.

-Sirgo, A. y Gil, F.L. (2000). *Intervención psico-educativa y terapia de grupo en pacientes con cáncer*. En F. Gil (Ed.), *Manual de Psico-Oncología*. Nova Sidonia Oncología. Madrid.

-Skinner, E.A. (1985). Action, control judgments, and the structure of the control experience. *Psychological Review*, 92, 39-58.

-Skinner, E.A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. Thousand Oaks, CA: Sage.

-Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.

-Skinner, E.A., Chapman, M. y Baltes, P.B. (1988). Control, means-ends, and agency beliefs: A new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 117-133.

-Skinner, E.A., Wellborn, J.G., y Connell, J.P. (1990). What it takes to do well in school and whether I've got it: The role of perceived control in children's engagement and school achievement. *Journal of Educational Psychology*, 82, 22-32.

-Sklar, L.S. y Anisman, H. (1979). *Science*, 205, 513.

-Sklar, L.S. y Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, 89, 369-406.

-Smith, C.A., Dobbins, C.J. y Wallston, K.A. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to reumathoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(15), 1.218-1.247.

-Sosa C.D., Capafons, J.I. y Carballeira, M (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedad y estrés*, 5, 47-60.

-Spiegel, D. (1992). Effects of psychological support on patients with metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10, 113-120.

-Spiegel, D. (2001). Mind matters coping and cancer progression. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 287-290.

-Spiegel, D. Bloom, J.R., Kraemer, H.C. y Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, October 14, 888-891.

-SPSS Inc. (1989-1997). *Satistical Package for Social Sciences, Windows 7.5.2S*. Chicago.

-Stanton, A.L., y Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.

-Steginga, S.K., Occhipinti, S., Wilson, K. y Dunn, J. (1998). Domains of distress: the experience of the breast cancer in Australia. *Oncology Nursing Forum* (in press).

-Stewart, A.L., Hays, R.D. y Ware, J.E. (1988). The MOS short-form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.

-Surtees, P.G. (1980). Social support, residual adversity and depressive outcome. *Social Psychology*, 46, 489-502.

-Sutherland, H.J., Lockwood, G.A. y Cunningham, A.J. (1989). A simple, rapid method for assessing psychological distress in cancer patients: evidence of validity for linear analog scales. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7,31-43.

-Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

-Taylor, S.E. y Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873-898.

-Taylor, S.E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.

-Taylor, S.E., Helgeson, V.S., Reed, G.M., y Skokan, L.A. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues*, 41, 91-109.

-Tebbi, C. K., Mallon, J. C., Richards, M. E. y Bigler, L. R. (1987). Religiosity and locus of control of adolescent cancer patients. *Psychological Reports*, 61: 683-696.

-Tejero, A., Guimerà, E., Farré, J.M. y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.

-Telch, C.F. y Telch, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.

-Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545-567.

-Thomas, S.F., Glyne-Jones, R., Chait, Y. y Marks, D.F. (1997). Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. *Psycho-Oncology*, 6, 190-196.

-Thomas, S. y Marks, D. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4, 231-237.

-Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.

-Thompson, S.C. y Collins, M.A. (1995). Applications of perceived control to cancer: An overview of theory and measurement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1/2), 11-26.

-Thompson, S.C., Nanni, C. y Levine, A. (1994). Primary versus secondary and central versus consequence-related control in HIV-Positive men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 540-547.

-Tjemmland, L., Soreide, J.A., y Malt, U.F. (1996). Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II: Outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5, 295-303.

-Tjemmland, L., Soreide, J.A., Matre, R. y Malt, U.F. (1997). Preoperative Psychological Variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. *Psycho-Oncology*, 6, 311-320.

-Tobin, D.L., Holroyd, K.A. y Reynolds, R.V.C. (1984). *User's Manual for the Coping Strategies Inventory*. Ohio University.

-Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V.C. y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.

-Toledo, M. (1992). *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. Universidad de Valencia.

-Toledo, M., Barreto, M.P., Pascual, A. y Ferrero, J. (1993). Adaptación del cuestionario de calidad de vida de la E.O.R.T.C. para cáncer de mama. *Revista de Psicología de la Salud*, 5, 29-45.

-Toledo, M., Ferrero, J., Barreto, M.P (1996). Cirugía del cáncer de mama y valoración de la calidad de vida global. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, XVIII (1).

-Tross, S. y Holland, J. C. (1989). *Psychological sequelae in cancer survivors*. En J.C. Holland y J. H. Rowland, (Eds.), *Handbook of psychooncology*. Oxford University Press. New York, cap 3: 25-43.

-Tschuschke, V., Hertenstein, B., Arnold, R., Bunjes, D., Denzinger, R. y Kaechele, H. (2001). Associations between coping and survival time of adult leukemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation. Results of a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 277-285.

-Tucker, J.B., (1999), Modification of attitudes to influence survival from breast cancer. *The Lancet*, 354, 1320.

- Valdimarsdottir, H.B. y Bovbjerg, D.H. (1997). Positive and negative mood: association with natural killer cell activity. *Psychology and Health*, 12, 319-327.

-Valdimarsdottir, H.B., Bovbjerg, D.A., Kash, K.M., Holland, J.C., Osborne, M.P. y Miller, D.G. (1995). Psychological distress in women with a familial risk of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 4, 133-141.

-Visintainer, M.A., Volpicelli, J.R. y Seligman, M.E.P. (1982). Tumor rejection in rats after inescapable or escapable shock. *Science*, 216, 437-439.

-Visintainer, M.A., Seligman, M.E.P. y Volpicelli, J.R. (1983). Helplessness, chronic stress and tumor development. *Psychosomatic Medicine*, 45, 75-76.

-Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. y Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.

-Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on Locus Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199.

-Wallston, K.A. y Wallston, B.S. (1981). *Health Locus of Control Scale*. En H.M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (Vol. 1, pp. 189-243). New York: Academic Press.

-Wallston, K.A., Wallston, B.S. (1982). *Who is responsible for your health? The construct of health locus of control*. En G. Sanders (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 65-95). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

-Wallston, K.A., Wallston, B.S. y DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control Scale. *Health Education Monographs*, 6,160-170.

-Wallston, B.S., Wallston, K.A. Kaplan, G.D. y Maides, S.A. (1976). The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.

-Ware, J., Snow, K., Kosinski, M. y Gandek, B (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Nimrod Press, Boston.

-Watson, M., y Greer, S., (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of psychosomatic Research*, 27, 299-305.

-Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Biss, J.M., y Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.

-Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

-Watson, M., Haviland, J.S., Greer, S., Davidson, J. y Bliss, J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354, 1331-1336.

-Watson, M., Law, M., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J. y Bliss, J.M. (1994-a). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psycho-Oncology*, 3, 153 (abstract).

-Watson, M., Law, M., Dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J. y Bliss, J.M. (1994-b). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psycosocial Oncology*, 12, 33-46.

-Watson, M., Law, M., Maguire, G.P., Robertson, B., Greer, S., Bliss, J.M. y Ibbotson, T. (1992). *Further development of quality of life measure for cancer patients: the Rotterdam Symptom Checklist (revised)*.

-Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.

-Weissman, A.D. (1979). *Coping with Cancer*. McGraw, New York.

-Weisz, J.R. y Stipek, D.J. (1982). Competence, contingency, and the development of perceived control. *Human Development*, 25, 250-281.

-Weitzner, M., Hughes, M. y Schusterman, M. (1995). Sexual dysfunction following Tram Flap breast reconstruction for breast cancer: A preliminary communication. *Psycho-Oncology*, 4, 55-59.

-Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D.F. y Summers, G.F. (1977). *Assessing reliability and stability in panel moderls*. En D.R. Heise, (Ed.) *Sociological Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass, 84-136

-Zampini, K y Ostroff, J.S. (1993). The post-treatment resource program: Portrait of a program for cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 2, 1-9

-Zigmond, A.S., y Snaith, R.D. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-370.

ANEXO 1

A.1. ENTREVISTA INICIAL

DATOS DEMOGRÁFICOS:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Habitación:

Doctor:

Edad:

Estado civil:

Nº de hijos:

Estudios realizados:

Profesión o situación laboral:

Estatus socio-económico:

Dirección:

Teléfono:

DATOS MÉDICOS:

Nombre de la enfermedad:

Antecedentes médicos personales:

Antecedentes médicos familiares:

Fecha de la última regla (situación de pre o post-menopausia):

Diagnóstico de la enfermedad actual:

-Tipo de tumor:

-Localización:

-Estadío (ganglios, metástasis):

Fecha en qué recibió el diagnóstico:

Tipo de intervención efectuada y fecha:

Tratamiento prescrito:

DATOS PSICOLÓGICOS:

Antecedentes personales de enfermedad psicológica o psiquiátrica:

Apoyo social: (se pueden establecer diferentes grados en base a el tipo y número de las fuentes de apoyo):

- Relaciones de pareja.
- Relaciones con los hijos.
- Relaciones con otros familiares próximos.
- Relaciones con amistades
- Relaciones laborales.

Situaciones estresantes en los dos últimos años:

OBSERVACIONES:

ANEXO 2

A.2.1. CUESTIONARIO SOBRE AJUSTE MENTAL A LA ENFERMEDAD (MAC)

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

FECHA: **DÍA**.....**MES**.....**AÑO**.....

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece su enfermedad. Por favor, señale el número adecuado a la derecha de cada frase, indicando hasta qué punto pueden aplicarse a Ud. en el presente. Si está **segura de que no** puede aplicarse a Ud., señale el 1 en la primera columna, si **cree que no** puede aplicarse a Ud., señale el 2 en la segunda columna, si **creo que sí** que puede aplicarse a Ud., señale el 3 en la tercera columna, y si está **segura de que sí** puede aplicarse a Ud., señale el 4. El 1 y el 2 equivalen a FALSO; el 3 y el 4 equivalen a VERDAD.

0. Por favor, escriba el nombre de su enfermedad:.....

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, cambiar la dieta).....	1	2	3	4
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme.....	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro.....	1	2	3	4
4. Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud.....	1	2	3	4
5. No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad.....	1	2	3	4
6. Creo firmemente que mejoraré.....	1	2	3	4
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas.....	1	2	3	4
8. Dejo todo en manos de mis médicos.....	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no me queda esperanza.....	1	2	3	4
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico).....	1	2	3	4
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella.....	1	2	3	4
12. Será lo que Dios quiera.....	1	2	3	4

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo).....	1	2	3	4
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo.....	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento.....	1	2	3	4
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud.....	1	2	3	4
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme.....	1	2	3	4
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre.....	1	2	3	4
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo.....	1	2	3	4
20. Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mi misma.....	1	2	3	4
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi.....	1	2	3	4
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad.....	1	2	3	4
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro.....	1	2	3	4
24. De momento, procuro vivir día a día.....	1	2	3	4
25. Me siento como si me hubiera rendido....	1	2	3	4
26. Trato de tomármelo con sentido del humor.....	1	2	3	4
27. Hay gente que se preocupa por mí más que yo misma.....	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo.....	1	2	3	4
29. Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad.....	1	2	3	4
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede.....	1	2	3	4

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
31. Trato de tener una actitud muy positiva...	1	2	3	4
32. Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad.....	1	2	3	4
33. Evito informarme más sobre la enfermedad.....	1	2	3	4
34. Veo mi enfermedad como un reto.....	1	2	3	4
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será.....	1	2	3	4
36. Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer.....	1	2	3	4
37. Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado.....	1	2	3	4
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna.....	1	2	3	4
39. Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad.....	1	2	3	4
40. Intento luchar contra la enfermedad.....	1	2	3	4

A.2.2. CLAVE DE CORRECCIÓN DEL M.A.C.:

ESPÍRITU DE LUCHA: Se corrigen los 16 ítems:

4	13	26	32
5	16	27	34
6	18	28	39
11	20	31	40

-Punt Máxima: 64

-Punt. Mínima: 16

-Punt media: (= / +) 48 Buen espíritu de lucha (= / +) 3
 (= / -) 47 Mal Espíritu de lucha (-) 3

INDEFENSIÓN (DESAMPARO) - DESESPERANZA: Se corrigen los 6 ítems:

2	23
9	25
17	36

-Punt Máxima: 24

-Punt. Mínima: 6

-Punt media: (= / +) 13 Desamparo (= / +) 3
 (= / -) 12 No Desamparo (-) 3

PREOCUPACIÓN ANSIOSA: Se corrigen los 9 ítems:

1	14	22
3	19	29
10	21	37

-Punt Máxima: 36

-Punt. Mínima: 9

-Punt media: (= / +) 27 Preocupación ansiosa (= / +) 3
 (= / -) 26 No Preocupación ansiosa (-) 3

FATALISMO: Se corrigen los 8 ítems:

7 24

8 30

12 33

15 35

-Punt Máxima: 32

-Punt. Mínima: 8

-Punt media: (= / +) 24 Fatalismo (= / +) 3
(= / -) 23 No Fatalismo (-) 3

NEGACIÓN: Se corrige el ítem **38** y la respuesta dada a la pregunta: **¿Cómo se llama su enfermedad?:**

1-Cáncer

2-Sospecha

3-Tratamiento profiláctico

4-Tumor benigno

-Punt Máxima al ítem 38: 4

-Punt. Mínima al ítem 38: 1

-Punt media: (= / +) 3 Negación
(-) 3 No Negación

-Punt Máxima a la pregunta: 4

-Punt. Mínima a la pregunta: 1

-Punt media: (= / +) 3 Negación
(-) 3 No Negación

-Punt Máxima: 8

-Punt. Mínima: 2

**-Punt media: (= / +) 6 Negación (= / +) 3
(-) 6 No Negación (-) 3**

ANEXO 3

A.3.1. ESCALA DE AUTOEFICACIA:

A continuación le mostramos un listado de cuestiones que pueden llegar a preocuparle en alguna medida.

Anote al lado el **grado en que le preocupa cada una** según sea:

- 0- Nada
- 1- Poco
- 2- Moderadamente
- 3- Mucho

Especifique también el **grado en que usted se siente capaz de afrontar**, controlar y superar cada cuestión:

- 0-Nada capaz
- 1- Poco capaz
- 2- Moderadamente capaz
- 3- Muy capaz

<i>ESCALA DE AUTOEFICACIA</i>		
Cuestiones relacionadas con la enfermedad:	Grado de preocupación	Grado de capacidad
1-La enfermedad en sí.		
2-Incertidumbre hacia el futuro.		
3-Tratamientos a seguir		
4-Síntomas físicos molestos como dolores, náuseas, etc.		
5-Sentirse triste.		
6-Tener pensamientos sobre la muerte.		
7-Discutir opciones de tratamiento con el médico. Hablar con el médico sobre la enfermedad.		
8-Tener que ir frecuentemente al hospital.		
Cuestiones relacionadas con el aspecto físico:	<hr/>	<hr/>
9-Sentirse diferente.		
10-Ausencia de una mama y/o cicatriz.		
11-Tener que usar una prótesis.		
12-Tener que usar un vestuario especial.		
13-Efectos antiestéticos del tratamiento como adelgazar, caída del cabello, etc.		
14-Relaciones con la pareja.		
15-Relaciones sexuales.		
16-Efectos de la enfermedad en la pareja. Preocupación.		
17-Sentirse menos atractiva o deseable.		

ESCALA DE AUTOEFICACIA	Grado de preocupación	Grado de capacidad
18-Pedir ayuda a la pareja.		
19-Miedo a expresar sentimientos desagradables ante la pareja.		
Cuestiones relacionadas con la familia:	<hr/>	<hr/>
20-Relaciones con los hijos.		
21-Relaciones con otros familiares próximos (padres, hermanos)		
22-Efecto de la enfermedad en los otros. Preocupación.		
23-Pedir ayuda a la familia.		
24-Miedo a expresar sentimientos desagradables ante la familia.		
Cuestiones relacionadas con la actividad laboral:	<hr/>	<hr/>
25-Cuidados de la casa y los hijos.		
26-Estar de baja.		
27-Incapacidad para hacer algunas cosas. Rendir menos en el trabajo.		
28-Preguntas de los compañeros de trabajo.		
29-Vuelta al trabajo.		
Cuestiones relacionadas con la actividad social:	<hr/>	<hr/>
30-Salir con amigos.		
31-Enfrentarse a preguntas referentes a la enfermedad.		
32-Reiniciar actividades sociales y lúdicas.		
33-Pedir ayuda a los amigos.		
34-Miedo a expresar sentimientos desagradables ante los amigos.		
Cuestiones relacionadas con las finanzas:	<hr/>	<hr/>
35-Gastos debidos a la enfermedad.		
36-Menores ingresos por no trabajar.		

GRADO DE PREOCUPACIÓN:

- 0- Nada
- 1- Poco
- 2- Moderadamente
- 3- Mucho

GRADO DE CAPACIDAD:

- 0-Nada capaz
- 1- Poco capaz
- 2- Moderadamente capaz
- 3- Muy capaz

A.3.2. CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA:

GRADO DE PREOCUPACIÓN: Se cuentan todos los puntos de la primera columna y se dividen entre el número de casillas que se han contestado. Se obtiene:

-Punt. Máxima = 3

-Punt. Mínima = 0

-Punt. Media = 1,5

GRADO DE CAPACIDAD: Igual que el anterior pero contando los puntos de la segunda columna. Se obtiene:

-Punt. Máxima = 3

-Punt. Mínima = 0

-Punt. Media = 1,5

ANEXO 4

A.4.1. ESCALA DE COMPETENCIA PERSONAL

Indique, por favor, si está o no de acuerdo con estas afirmaciones aplicadas a usted.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo éxito en los proyectos que emprendo.	1	2	3	4	5	6
2. Normalmente las cosas no salen como las planeo.	1	2	3	4	5	6
3. Me resulta difícil solucionar mis problemas.	1	2	3	4	5	6
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	1	2	3	4	5	6
5. Me desenvuelvo bien en cualquier situación.	1	2	3	4	5	6
6. Cuando intento cambiar lo que me desagrada no lo consigo.	1	2	3	4	5	6
7. No importa lo que me esfuerce, las cosas no me van como yo quisiera.	1	2	3	4	5	6
8. En general soy capaz de conseguir lo que me propongo.	1	2	3	4	5	6

A.4.2. CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA DE COMPETENCIA

PERSONAL:

Se suman los ítems 1,4,5 y 8 en positivo.

Se suman los ítems 2,3,6 y 7 con puntuación inversa.

-Punt. Máxima = 48 (Totalmente competente)

-Punt. Mínima = 8 (Totalmente incompetente)

-Punt. Media = 32 (Un poco competente)

24 (Un poco incompetente)

ANEXO 5

A.5.1. ESCALA H.A.D.

NOMBRE:

FECHA:

		<p>Los médicos y psicólogos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el profesional sabe cual es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mayor ayuda.</p> <p>Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su terapeuta sepa como se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen en el margen izquierdo. Lea cada pregunta y <u>subraye</u> la respuesta que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana.</p> <p>No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.</p>
	A 3 2 1 0	1- Me siento tenso/a, nervioso/a: Casi todo el día Gran parte del día De vez en cuando Nunca
D 0 1 2 3		2- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre: Ciertamente igual que antes No tanto como antes Solamente un poco Ya no disfruto con nada
	A 3 2 1 0	3- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: Sí y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso
D 0 1 2 3		4- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: Igual que siempre Actualmente algo menos Actualmente mucho menos Actualmente en absoluto
	A 3 2 1 0	5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones: Casi todo el día Gran parte del día De vez en cuando Nunca
D 3 2 1 0		6- Me siento alegre: Nunca Muy pocas veces En algunas ocasiones Gran parte del día

	A	7- Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre
	1	A menudo
	2	Raras veces
	3	Nunca
D		8- Me siento lento/ y torpe:
	3	Gran parte del día
	2	A menudo
	1	A veces
	0	Nunca
	A	9- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:
	0	Nunca
	1	Sólo en algunas ocasiones
	2	A menudo
	3	Muy a menudo
D		10- He perdido el interés por mi aspecto personal:
	3	Completamente
	2	No me cuido como debiera hacerlo
	1	Es posible que no me cuide como debiera
	0	Me cuido como siempre lo he hecho
	A	11- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho
	2	Bastante
	1	No mucho
	0	En absoluto
D		12- Espero las cosas con ilusión:
	0	Como siempre
	1	Algo menos que antes
	2	Mucho menos que antes
	3	En absoluto
	A	13- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
	3	Muy a menudo
	2	Con cierta frecuencia
	1	Raramente
	0	Nunca
D		14- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
	0	A menudo
	1	Algunas veces
	2	Pocas veces
	3	Casi nunca

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta.
Espacio a rellenar por el hospital

D (8-10) _____

A (8-10) _____

A.5.2. CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA H.A.D.:

Se suma la puntuación emitida en los ítems marcados con una A para valorar la ansiedad:

Puntúa en ansiedad un resultado igual o mayor de (8)

Se suma la puntuación emitida en los ítems marcados con una D para valorar la depresión:

Puntúa en depresión un resultado igual o mayor de (8)

ANEXO 6

A.6.1. POMS (FORMA A):

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

FECHA:.....

Más abajo hay una lista de palabras que describen sensaciones que tiene la gente. Por favor, lea cada una cuidadosamente. Después rodee con un círculo uno de los números que hay al lado, teniendo en cuenta el que mejor describa como se ha sentido durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.

Los números significan:

- 0= Nada
- 1= Un poco
- 2= Moderadamente
- 3= Bastante
- 4= Muchísimo

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
1. Intranquilo.	0	1	2	3	4
2. Desamparado.	0	1	2	3	4
3. Sin fuerzas.	0	1	2	3	4
4. Lleno de energía.	0	1	2	3	4
5. Molesto.	0	1	2	3	4
6. Agitado.	0	1	2	3	4
7. Desdichado.	0	1	2	3	4
8. Cansado	0	1	2	3	4
9. Animado.	0	1	2	3	4
10. Enfadado.	0	1	2	3	4
11. Tenso.	0	1	2	3	4
12. Triste.	0	1	2	3	4
13. Fatigado.	0	1	2	3	4
14. Activo.	0	1	2	3	4
15. De mal genio.	0	1	2	3	4

6.2. CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA POMS (FORMA A):

Se suman las puntuaciones emitidas en los ítems de cada escala:

<u>1-ESCALA DE DEPRESIÓN:</u>	Ítems: 2	7	12
<u>2- ESCALA DE VIGOR:</u>	Ítems: 4	9	14
<u>3- ESCALA DE CÓLERA:</u>	Ítems: 5	10	15
<u>4- ESCALA DE TENSIÓN:</u>	Ítems: 1	6	11
<u>5- ESCALA DE FATIGA:</u>	Ítems: 3	8	13

-Punt. Máxima de cada escala : 12

-Punt. Mínima: 0

-Punt. Media: (= / +) 6

-Obtención del ÍNDICE GENERAL DE ALTERACIÓN EMOCIONAL: Se suma la puntuación de las escalas de depresión, cólera, tensión y fatiga y se resta la puntuación de la escala de vigor. Para no obtener puntuaciones negativas se suma 12 a la puntuación final.

-Punt. Mínima: 0

-Punt. Máxima: 60

-Punt. Media: 30

ANEXO 7

A.7.1. CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA PARA CÁNCER DE MAMA(EORTC):

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

Por favor, ponga la fecha de hoy: Día.....Mes.....Año.....

Estamos interesados en algunas cuestiones acerca de usted y de su salud. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor, responda a todas las preguntas poniendo un círculo en el número que le parezca más adecuado. La información que usted nos de será estrictamente confidencial.

	NO	SÍ
1.- ¿Podría hacer esfuerzos importantes en casa moviendo muebles pesados?.....	1	2
2.- Si usted quisiera, ¿Podría correr una distancia corta? (Por ejemplo: 20 o 25 metros).....	1	2
3.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo largo? (Por ejemplo: Durante más de media hora).....	1	2
4.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo corto? (Por ejemplo: dar la vuelta a la manzana).....	1	2
5.- ¿Está usted en la cama o sentada la mayor parte del día?.....	1	2
6.- ¿Tiene que pasar en su casa la mayor parte del día?.....	1	2
7.- ¿Necesita ayuda para coser, vestirse, lavarse o ir al aseo?.....	1	2
8.- ¿Encuentra alguna dificultad para hacer su trabajo o sus labores domésticas?.....	1	2
9.- ¿Le impide su estado trabajar o hacer sus labores domésticas?.....	1	2

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
10.- ¿Tuvo dificultad para respirar?.....	1	2	3	4
11.- ¿Tuvo dolor?.....	1	2	3	4
12.- ¿Necesitó hacer reposo?.....	1	2	3	4
13.- ¿Se sintió enferma?.....	1	2	3	4
14.- ¿Tuvo problemas para dormir?.....	1	2	3	4
15.- ¿Se sintió débil? (Floja, sin fuerzas).....	1	2	3	4
16.- ¿Perdió apetito?.....	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
17.- ¿Tuvo náuseas?.....	1	2	3	4
18.- ¿Vomitó?.....	1	2	3	4
19.- ¿Tuvo estreñimiento?.....	1	2	3	4
20.- ¿Tuvo diarrea?.....	1	2	3	4
21.- ¿Se cansaba con facilidad?.....	1	2	3	4
22.- ¿Tuvo dificultad para concentrarse o recordar cosas?.....	1	2	3	4
23.- ¿Pudo sentarse cómodamente y sentirse relajada? (tranquila).....	1	2	3	4
24.- ¿Perdió interés por su apariencia física?....	1	2	3	4
25.- ¿Se sintió intranquila como si tuviera que moverse?.....	1	2	3	4
26.- ¿Vio las cosas con alegría?.....	1	2	3	4
27.- ¿En algún momento sintió pánico de repente?.....	1	2	3	4
28.- ¿Pudo disfrutar de un buen libro, programa de radio o TV.?.....	1	2	3	4
29.- ¿Le interesan estas actividades como antes?.....	1	2	3	4
30.- ¿Se sintió tensa? (Nerviosa).....	1	2	3	4
31.- ¿Pudo reírse y divertirse?.....	1	2	3	4
32.- ¿Se encontraba bien físicamente?.....	1	2	3	4
33.- ¿Afectó su enfermedad a su vida familiar o social?.....	1	2	3	4
34.- ¿Afectó el tratamiento a su vida familiar o social?.....	1	2	3	4
35.- Su enfermedad o el tratamiento ¿le causa problemas económicos?.....	1	2	3	4
36.- ¿Estuvo preocupada por la caída del cabello?.....	1	2	3	4
37.- ¿Tuvo úlceras en la boca o lengua?.....	1	2	3	4
38.- ¿Tuvo fiebre?.....	1	2	3	4
39.- ¿Disminuyó su deseo sexual?.....	1	2	3	4
40.- ¿Disminuyeron sus relaciones sexuales?...	1	2	3	4
41.- ¿Obtuvo el mismo placer en sus relaciones sexuales?.....	1	2	3	4
42.- ¿Tuvo dificultades para encontrar ropa que le sentase bien?.....	1	2	3	4
43.- ¿Cambió la relación personal con su marido?.....	1	2	3	4

POR FAVOR, VALORE ESTAS AFIRMACIONES:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
44.- La mejoría de mi salud depende de la habilidad y conocimientos del médico.....	1	2	3	4
45.- Es importante para mi curación que cumpla las instrucciones del médico.....	1	2	3	4
46.- La buena salud es cuestión de suerte.....	1	2	3	4
47.- Estoy satisfecha con los cuidados médicos que recibo.....	1	2	3	4
48.- El trato que recibo del médico es el adecuado.....	1	2	3	4
49.- La información que recibo del médico es suficiente.....	1	2	3	4

POR FAVOR, ELIJA ENTRE LOS NÚMEROS DEL 1 AL 7:

50.- ¿Cómo puntuaría globalmente su estado físico durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7
Muy malo
Excelente

51.- ¿Cómo puntuaría globalmente su "Calidad de Vida" durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7
Muy mala
Excelente

PROBLEMAS SOCIO-FAMILIARES: Se corrigen los 6 ítems:

33 34 35 36 42 43

-Punt. Máxima: 24

-Punt. Mínima: 6

-Punt. Media: (= / +) 12 problemas (= / +) 2
(= / -) 11 Sin problemas (-) 2

AUSENCIA DE DEPRESIÓN: Se corrigen los 4 ítems:

26 29
← 28 31

-Punt. Máxima: 16 ←

-Punt. Mínima: 4

-Punt. Media: (= / +) 8 No depresión (= / +) 2
(= / -) 7 Sí depresión (-) 2

PROBLEMAS SEXUALES: se corrigen los 4 ítems (el 32 y 41 con su valor opuesto):

32 40
39 41

-Punt. Máxima: 16

-Punt. Mínima: 4

-Punt. Media: (= / +) 8 Sí problemas sexuales (= / +) 2
(= / -) 7 No problemas sexuales (-) 2

SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS MÉDICOS: Se corrigen los 5 ítems:

44 47 49
45 48

-Punt. Máxima: 20

-Punt. Mínima: 5

-Punt. Media: (= / +) 10 Satisfacción (= / +) 2
(= / -) 9 No satisfacción (-) 2

LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE ESTADO DE SALUD Y DE CALIDAD DE VIDA:

Ítem 50

-Punt. Máxima: 7

-Punt. Mínima: 1

-Punt. Media: 4

LA PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE ESTADO DE CALIDAD DE VIDA:

Ítem 51

-Punt. Máxima: 7

-Punt. Mínima: 1

-Punt. Media: 4