

MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: EVALUACIÓN DEL AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Ascensión Bellver*, José Sánchez-Cánovas**, Ana Santaballa***, Blanca Munárriz***, José Alejandro Pérez-Fidalgo***, Joaquín Montalar***

* Hospital Universitario La Fe de Valencia.

** Universidad de Valencia

*** Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe de Valencia

Resumen

En la actualidad hay numerosos estudios que demuestran que la intervención psicológica es beneficiosa para los pacientes con cáncer. Nuestro objetivo es investigar el efecto intra-sujetos de la intervención psicológica sobre el afecto positivo y negativo durante los ciclos de tratamiento de quimioterapia adyuvante en mujeres con cáncer de mama. Además estudiamos el efecto de la interacción entre la psicoterapia y la resistencia/vulnerabilidad psicológica de las pacientes en las mismas variables dependientes.

Método: La muestra está formada por 119 pacientes diagnosticadas de un cáncer de mama localizado que recibieron tratamiento adyuvante con quimioterapia. Todas las pacientes fueron evaluadas y recibieron intervención psicológica a lo largo del tratamiento. Las variables dependientes: el afecto positivo y negativo fueron evaluadas en cinco intervalos: previamente al tratamiento quimioterápico, 2º, 4º, 6º ciclo de quimioterapia y a los dos meses post-tratamiento. El factor entre-sujetos resistencia/vulnerabilidad psicológica se derivó de un Análisis de Cluster a partir de cuatro medidas, pre y post, de ansiedad y depresión. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la Escala de Afecto Positivo y Negativo (Sánchez-Cánovas, 1994), y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) de Zigmond y Snaith (1983). Se realizó análisis

Abstract

Currently there are numerous publications demonstrating that psychological intervention in patients with cancer is beneficial. Our objective is to study the within-subjects effect of the psychological intervention on the positive and negative affect during adjuvant chemotherapy cycles in women with breast cancer. In addition, we study the effect of the interaction between psychotherapy and psychological resistance/vulnerability of patients on the same dependent variables.

Method: The sample consists of 119 patients diagnosed with a localized breast cancer that received adjuvant chemotherapy treatment. All the patients were evaluated and received psychological intervention throughout the treatment. Dependent variables: positive and negative affect were evaluated in five intervals: chemotherapy pre-treatment, second, fourth, sixth cycle of chemotherapy and two-month post-treatment. The two groups of resistant and vulnerable patients were divided by Cluster Analysis of two measures of anxiety and depression before and after of chemotherapy. Measures used were the Positive and Negative Affect Scale (Sánchez-Cánovas, 1994) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) of Zigmond and Snaith (1983). Descriptive analysis of data and a multivariate analysis of variance with repeated-measures (MANOVA-RM) were per-

Correspondencia

Ascensión Bellver Pérez
Servicio Oncología Médica. Hospital Universitario La Fe de Valencia.
Avda. Campanar, 21. 46010 Valencia
E-mail: psicoascen@correo.cop.es

descriptivo de los datos, Análisis Múltiple de la Varianza (MANOVA) de medias repetidas para la comparación intra-sujetos y el diseño factorial mixto para la comparación entre-sujetos (resistentes /vulnerables)

Resultados: muestran el efecto principal intra-sujetos de la intervención psicológica en el afecto positivo ($p < 0.05$), no existiendo efecto de la interacción entre la intervención psicológica y la resistencia/vulnerabilidad psicológica. Respecto del afecto negativo, el efecto de la intervención psicológica intra-sujetos y la interacción de ésta con los grupos de pacientes resistentes/vulnerables es significativo en ambos casos ($p < 0.05$). Los contrastes intra-sujetos entre los 5 intervalos muestran diferencias significativas entre el intervalo del pre-tratamiento (1ª evaluación) y el 2º ciclo de quimioterapia (2ª evaluación) en el afecto positivo y negativo.

Conclusiones: La ganancia más importante se obtiene en la primera intervención psicológica y ésta es crucial para el mantenimiento del estado de ánimo positivo y la disminución del afecto negativo de los pacientes. Hay ganancia en los dos grupos, las pacientes vulnerables son las que más mejoría experimentan. Es importante señalar la importancia de esta primera intervención y la repercusión que tiene frente a las contingencias aversivas que supone los sucesivos ciclos de quimioterapia.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo, intervención psicológica, cáncer de mama.

formed to compare within-subjects and the mixed factorial design to compare between-subjects (resistant/vulnerable).

Results: demonstrate the main within-subjects effect of the psychological intervention in the positive affect ($p < 0.05$), existing no effect between psychological intervention and psychological resistance /vulnerability interaction. In relation to the negative affect, the effect of the within-subjects psychological intervention and its interaction with the resistant/vulnerable group of patients is significant in both cases ($p < 0.05$). Within-subjects contrasts among the five intervals show significant differences between the pre-treatment interval (first evaluation) and the second cycle of chemotherapy (second evaluation) in the negative and positive affect.

Conclusions: The most important benefit is obtained in the first psychological intervention which is crucial to maintain a positive mood state and diminish the negative affect of patients. There is benefit in both groups; however, the vulnerable patients present more improvement. Moreover, it is worth mentioning the importance of this first intervention and its repercussion in response to aversive contingencies of chemotherapy cycles.

Key words: Anxiety, depression, positive and negative affect, psychological intervention, breast cancer.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del cáncer de mama requiere en las pacientes una adaptación psicológica significativa⁽¹⁾, además de tener que hacer frente a los procedimientos médicos intrusivos y efectos secundarios de los tratamientos (quimioterapia y/o radioterapia)^(2,3). La quimioterapia adyuvante es el tratamiento que demanda un mayor ajuste psicológico. Es un periodo largo de tratamiento y el intervalo de efectos secundarios

es mayor que en otros tratamientos. Los principales problemas que se dan durante la quimioterapia son ansiedad, depresión y disfunción sexual⁽⁴⁾. Los efectos secundarios principales de ésta son la alopecia, náuseas y vómitos, fatiga, anorexia, diarrea, anemia... La oncología empieza a reconocer los costes psicológicos de las pacientes con cáncer de mama, que tienen que vivir con la posibilidad de la muerte y afrontar intervenciones y tratamientos que las pueden desfigurar⁽⁵⁾.

Algunas mujeres experimentan niveles altos de ansiedad y depresión entorno al momento del diagnóstico y a lo largo del tratamiento y la recuperación⁽⁶⁾. Estudios sistemáticos muestran que entre un 20% y 35% de las mujeres con cáncer de mama, independientemente del estadio de su enfermedad, tienen una morbilidad psiquiátrica medible⁽⁷⁾. Pinder et al⁽⁸⁾, usando una entrevista clínica semiestructurada, observaron que aproximadamente un 66% de pacientes con cáncer de mama informaban de episodios de ansiedad o depresión en algún momento del diagnóstico y tratamiento durante los 6 meses primeros; y Cordova et al⁽⁹⁾, observaron que en pacientes con cáncer de mama aparecían alteraciones de estrés post-traumático, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Los estudios más recientes describen una visión más positiva; la incidencia del malestar psicológico en cáncer de mama es de un 32,8%⁽¹⁰⁾. Se ha comprobado que determinados aspectos de la extraversión, la estabilidad emocional o bajo neuroticismo, una autoestima bien desarrollada y otras variables de personalidad constituyen lo que Lazarus define como recursos personales, ya que nos hacen resistentes al estrés y sus secuelas negativas o, por el contrario vulnerables⁽¹¹⁾. Aunque la ansiedad y la depresión deben considerarse como consecuencias o secuelas nocivas del estrés en relación con la salud mental, también constituyen tendencias globales de orientación personal y, por ello, pueden considerarse como factores de vulnerabilidad ante las situaciones de estrés como el cáncer de mama.

Los investigadores del ajuste psicológico en cáncer han limitado sus investigaciones del afecto positivo. La mayoría de los estudios en pacientes oncológicos se centran en el afecto negativo, ansiedad y depresión; y la prevalencia

de estos trastornos en los pacientes con tumores en diferentes localizaciones mama, colon, cabeza y cuello, pulmón... Los investigadores han mostrado que el afecto positivo y negativo son dimensiones independientes⁽¹²⁻¹⁴⁾. La identificación del afecto positivo y negativo como dimensiones separadas de ajuste al cáncer permite la oportunidad de desarrollar más modelos sobre las diferencias individuales en respuestas al tratamiento. En las investigaciones basadas en afecto, se han realizado estudios prospectivos por Leventhal et al., usando el mismo cohorte de pacientes con cáncer de mama, investigaron el estado funcional y afectivo de mujeres durante la quimioterapia adyuvante⁽¹⁵⁾. El 95% de las mujeres relataban tener alguna dificultad durante la quimioterapia: el 90% experimento distrés emocional y un 75% y 80%, respectivamente, informaban de alteraciones en su vida social y mundo laboral^(15,16). Estudios transversales y retrospectivos confirmando estos descubrimientos^(17,18).

Alrededor de 40 instrumentos estandarizados se han utilizado para medir el malestar psicológico para pacientes con cáncer⁽¹⁹⁾: las escalas más utilizadas en la literatura de cáncer para medir el malestar son: *Profile of Mood State (POMS)*, *Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)*, *Brief Symptom Inventory (BSI)*, *Symptom Checklist 90-R (SCL-90)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, *Center for Epidemiological Studies Depression (CES-Depression)* y *Beck Depression Inventory (BDI)*. De estos cuestionarios el único que mide el afecto positivo y negativo es el POMS. Este cuestionario se ha utilizado ampliamente en investigaciones con pacientes con cáncer y se realizó una validación de la versión corta (37 ítems) del POMS desarrollada por Shacham⁽²⁰⁾, este autor administró el cuestionario a 83 pacientes con cáncer

que padecían dolores. Hay varios estudios donde investigan la utilidad de la versión corta del POMS en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia adyuvante⁽²¹⁾. Otro estudio donde investigan las secuelas de la radioterapia y quimioterapia en 78 mujeres con un cáncer de mama primario. Evalúan el afecto positivo y negativo en 5 intervalos entre el pretratamiento y 3 meses después del tratamiento. El afecto negativo aumenta durante la quimioterapia y llega a ser más elevado un mes después de terminar la quimioterapia. Los resultados demuestran que las intervenciones psicoeducacionales deberían llevarse a cabo durante y después de la quimioterapia⁽²²⁾. En general los estudios realizados con pacientes con cáncer donde las variables utilizadas han medido afecto se han centrado en el afecto negativo o distrés psicológico, no investigando el área del afecto positivo o bienestar psicológico en esta población^(23,24).

El uso de intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar el bienestar en pacientes con cáncer ha sido objeto de considerable atención en los últimos años. El interés en esta área está estimulado por el incremento del reconocimiento de la importancia de la calidad de vida (un constructo que incluye el bienestar emocional y físico) como un punto principal en el tratamiento de cáncer⁽²⁵⁾. Las intervenciones cognitivo-conductuales son las más empleadas con pacientes oncológicos⁽²⁶⁾. El uso extendido de las intervenciones cognitivo-conductuales puede atribuirse a varios factores. Primero, y quizás el más importante, las intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado ser efectivas en reducir el malestar emocional y controlar algunos síntomas físicos en pacientes con cáncer. En segundo lugar, la intervención puede usualmente ser administrada en

un periodo breve de tiempo y de este modo están bien adaptadas para el uso en oncología donde se hace necesario el control rápido de síntomas aversivos. En tercer lugar, las intervenciones pueden ser adaptadas fácilmente para el control de síntomas y problemas que los pacientes experimentan. Y cuarto, las intervenciones son aceptadas fácilmente por los pacientes porque incrementa en ellos el sentido de control personal y autoeficacia. Las tres áreas en oncología donde las intervenciones cognitivo-conductuales han tenido un mayor impacto en el cuidado del paciente son: 1) alivio del dolor relativo al cáncer y su tratamiento; 2) control de las reacciones aversivas de la administración de quimioterapia; y 3) mejora del bienestar emocional⁽²⁷⁾. Aunque hay un considerable entusiasmo por el uso de las intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar el bienestar emocional, una revisión de la literatura indica que únicamente unos pocos estudios han evaluado estas intervenciones utilizando diseños aleatorios controlados^(28,29). Wonder y Weisman fueron los primeros en desarrollar y evaluar las técnicas cognitivo-conductuales para reducir el distrés y mejorar el bienestar psicológico en pacientes con cáncer⁽³⁰⁾. Hay que mencionar *La Terapia Psicológica Adyuvante (TPA)* de Moorey y Greer que es con seguridad una de las pocas terapias psicológicas para tratar a los enfermos con cáncer que tiene una de las raíces sólidas en la Psicología Experimental, y más concretamente en la teoría de Lazarus y Folkman acerca de las estrategias de afrontamiento y la Terapia Cognitiva de Beck^(29,31). Investigaciones más recientes, en mujeres con cáncer de mama precoz muestran que las intervenciones grupales que se centran en técnicas de control del estrés reducen su ansiedad e incrementan el apoyo social, mejoran la dieta y redu-

cen el hábito de fumar⁽³²⁾, asimismo un estudio realizado con 199 mujeres con cáncer de mama no metastático, en el que se realizó terapia cognitivo-conductual grupal, la intervención incrementó el bienestar emocional y afecto positivo, cambios positivos en el estilo de vida⁽³³⁾. En otros estudios similares, se concluye que la intervención psicológica en grupo se muestra eficaz para mejorar los diferentes aspectos de la calidad de vida y el estado de ánimo en mujeres con cáncer de mama^(34,35). En un estudio hospitalario, realizado con 188 mujeres con cáncer de mama, los resultados mostraron que un programa de intervención psicológica era altamente efectivo para mejorar la calidad de vida, comparando la evaluación basal, y con el grupo control. Adicionalmente, se incrementaba el espíritu de lucha y el optimismo y se reducía la preocupación ansiosa en los estilos de afrontamiento⁽³⁶⁾.

El objetivo del presente estudio es la evaluación de la eficacia de la intervención psicológica sobre el afecto positivo y negativo en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a lo largo del proceso de tratamiento adyuvante de quimioterapia. Además, nos planteamos analizar el efecto intra-sujetos e inter-sujetos de la intervención psicológica y el efecto de la interacción entre la intervención psicológica y la resistencia / vulnerabilidad psicológica de las pacientes en las variables afecto positivo y negativo durante los intervalos de administración de los ciclos de quimioterapia.

MÉTODO

La muestra incluye 119 mujeres diagnosticadas de un cáncer de mama y tratadas en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Fe de Valencia. Todas las pacientes recibieron tratamiento ambulatorio en el hospital

de día con quimioterapia adyuvante. Los efectos de la intervención psicológica fueron estudiados sobre un periodo extenso de tiempo de aproximadamente 8 meses. Después de la cirugía de mama las mujeres fueron invitadas a incorporarse al programa de intervención psicológica, en el que todas fueron entrevistadas y cumplimentaron los cuestionarios. La evaluación del afecto positivo y negativo se realizó en 5 momentos determinados: a) después de la intervención quirúrgica y antes de iniciar el tratamiento quimioterápico. En este momento la paciente suele conocer su diagnóstico y recibir la primera información sobre su pronóstico. b) Durante el segundo ciclo de quimioterapia (al 2º mes). c) En el cuarto ciclo de quimioterapia (al 4º mes). Esta evaluación se encuentra a mitad de la evaluación inicial y final. La paciente está en curso del tratamiento y con los efectos adversos propios del mismo. d) En el sexto ciclo de quimioterapia (al 6º mes). Este ciclo de quimioterapia es el último y la paciente tiene toda la toxicidad debida al tratamiento; y e) durante la primera revisión tras finalizar el tratamiento, cosa que acontece a los dos meses de acabar la quimioterapia (al 8º mes). Las pacientes suelen haberse recuperado o estar en vías de recuperarse de la toxicidad aguda del tratamiento. Se realizaron dos evaluaciones de la ansiedad y depresión, una primera inicial entre la intervención quirúrgica y la primera visita al Servicio de Oncología y otra evaluación posterior de seguimiento a los 8 meses aproximadamente cuando la paciente ha terminado la quimioterapia adyuvante y acude a la primera revisión médica para el seguimiento posterior.

El programa de intervención psicológica se ofrece a todas las mujeres que son diagnosticadas y tratadas de un cáncer de mama en el hospital. La intervención

psicológica tiene el objetivo de reforzar y aumentar la sensación de control de las pacientes; promover estilos de afrontamiento adecuados a los tres niveles: cognitivo, emocional y conductual; mejorar la adhesión al tratamiento; prevenir el desarrollo de síntomas psicopatológicos de ansiedad y depresión y en definitiva mejorar la calidad de vida de la paciente.

El modelo de intervención psicológica recoge en primer lugar la evaluación mediante una entrevista de las necesidades y recursos personales para identificar mujeres con mayor vulnerabilidad y riesgo a un desajuste a la enfermedad, la evaluación se complementa con los cuestionarios que evalúan diferentes factores psicológicos: ansiedad, depresión y afecto. La intervención psicológica tiene un componente psicoeducativo y entrenamiento de técnicas cognitivo-conductuales. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo de la paciente para poner en práctica las técnicas. Todo ello se realiza en un marco de *counselling*, empatía y escucha activa. La intervención psicológica se distribuye durante los 8 meses a lo largo de 10 sesiones individuales con intervención que engloben los tratamientos psicológicos multicomponente efectivos en la terapia con pacientes con cáncer de mama: entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson⁽³⁷⁾, o imaginación guiada y visualización⁽³⁸⁾, información sobre la enfermedad y tratamiento e intervención psico-educacional: la educación en las pacientes con cáncer de mama abarca la información técnica sobre la enfermedad y el tratamiento (rehabilitación funcional del brazo, prótesis mamaria, prevención del linfedema, efectos secundarios quimioterapia...). Para completar la información se les proporcionan diversos folletos e intervenciones focalizadas en problemas

específicos de la enfermedad. La Terapia Cognitiva de Beck está compuesta por una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales⁽³⁹⁾. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y supuestos desadaptativos específicos de la paciente. El tratamiento tiene como objetivo enseñar al paciente las siguientes operaciones: controlar las cogniciones automáticas negativas, identificar las reacciones entre cognición, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados para reducir el estado de malestar y desesperanza. La Terapia Racional Emotiva de Ellis⁽⁴⁰⁾ y las Técnicas de Distracción de Macul⁽⁴¹⁾ y la parada de pensamiento de Salkovskis y Kirk⁽⁴²⁾, estas técnicas intentan reconducir el proceso atencional. Cada técnica ayuda a la mujer a disminuir o parar la mente sobre pensamientos obsesivo sobre la enfermedad y el tratamiento médico.

La muestra cumple los siguientes criterios de inclusión: pacientes con cáncer de mama quirúrgicamente operables en estadios iniciales (estadio I, II y III), mujeres mayores de 18 años de edad, que no padecen ninguna enfermedad grave concurrente, y que no cuentan con una historia previa de enfermedad maligna. Se excluyen las pacientes que tengan presencia metastásica (estadio IV), trastorno psicopatológico grave (psicosis o demencia) e imposibilidad de un seguimiento reglado.

La edad media de las participantes es de 52,5 años y una D.T. de 10,79, siendo el rango de edad entre 26 años y 74 años. Aproximadamente el 64% de las mujeres son amas de casa y un 79% de las pacientes están casadas (ver tabla 1). Respecto a descripción de los datos médicos, en la intervención quirúrgica un 57% (n=68) fueron sometidas a una Mastectomía Radical Modificada, mientras que un 43%

(n=51) sufrieron cirugía conservadora. Respecto al estadio de la enfermedad, cabe decir que 20 pacientes fueron diagnosticadas en estadio I (16,8%), 48 en estadio IIA (40,3%), 41 en estadio IIB (34,5%) y 10 en estadio III (8,4%). Tras la cirugía el 75% las pacientes recibieron 6 ciclos de quimioterapia adyuvante con antraciclina (esquema FAC, FEC y otros en combinación con taxanos) y un 24% sin antraciclina (esquema CMF).

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* de Zigmond y Snaith⁽⁴³⁾ y la Escala de Afecto Positivo y Negativo de Sánchez-Cánovas⁽⁴⁴⁾. Las variables psicológicas evaluadas fueron

la ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo. La batería de cuestionarios requiere aproximadamente 20 minutos para administrarse y complementar la evaluación clínica inicial.

- *Hospital Anxiety and Depression Scale*⁽⁴³⁾: esta escala ha sido diseñada para valorar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con una enfermedad física en el ámbito hospitalario. La escala tiene un total de 14 ítems repartidos en dos subescalas, una de depresión y otra de ansiedad, con 7 ítems cada una, cada ítem tiene un rango de 4 respuestas escala Likert. Cada ítem hace referencia a síntomas experimentados durante la

Tabla 1. **Datos sociodemográficos y médicos (N = 119)**

Edad (años)			
	Media (D.T)	52.50 (10.79)	
	Rango	26-74	
Estado Civil		Frecuencias	Porcentajes
	Casada	94	79 %
	Viuda	8	7 %
	Soltera	7	6 %
	Divorciada	10	8 %
Profesión			
	Amas de casa	77	64,7 %
	Activa	42	35,3 %
Estadio de la enfermedad			
	Estadio I	20	16,8 %
	Estadio IIA	48	40,3 %
	Estadio IIB	41	34,5 %
	Estadio III	10	8,4 %
Tipo cirugía			
	Mastectomía	68	57,1 %
	C. conservadora	51	42,9 %
Quimioterapia adyuvante			
	con antraciclina	90	75,6 %
	sin antraciclina	29	24,4 %

semana previa. Las puntuaciones de la subescala tienen un rango desde 0 (no malestar) hasta 21 (máximo malestar). La escala fue validada para personas con enfermedad física por Aylard et al e Ibbotson et al^(45,46). Estos autores investigaron la validez de la escala como un instrumento de *screening* para el malestar psicológico en 513 pacientes con cáncer. La valoración de la estabilidad de la escala en pacientes con cáncer seleccionando un amplio rango de diagnósticos y estadios de cáncer, fue realizado por Moorey et al, en este estudio las puntuaciones medias fueron 5,44 para ansiedad (DT= 4,07; rango 0-19) y 3,02 para depresión (DT= 2,98, rango 0-19) el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) para la escala de ansiedad es de 0,93 (N=575) y un alfa de Cronbach para la escala de depresión de 0,90 (n=575)⁽⁴⁷⁾. La escala se ha empleado sobre todo para medir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama. Hay numerosos trabajos de validación de la escala en población española, entre ellos hay un estudio donde participaron 581 sujetos para validar la escala con muestra de estudiantes, enfermos psiquiátricos y enfermos crónicos⁽⁴⁸⁾. Existe un estudio reciente para validar la escala en enfermos con cáncer, en este estudio cuenta con una muestra de 172 pacientes diagnosticados de cáncer en la Unidad de Oncología, Hospital General Universitario de Alicante, las puntuaciones medias fueron 6,26 para ansiedad (DT= 4,59; rango 0-19) y 4,46 para depresión (DT= 4,69, rango 0-21) el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) para la escala de ansiedad es de 0,77 (N=172) y un alfa de Cronbach para la escala de depresión de 0,83 (n=172)⁽⁴⁹⁾.

- Escala de Afecto Positivo y Negativo⁽⁴⁴⁾: esta escala evalúa el afecto y tiene dos subescalas que evalúa afecto positivo y negativo. La escala consta de 20 íte-

ms, con una lista de adjetivos sobre estados emocionales, de los cuales 10 miden afecto negativo y los otros 10 miden afecto positivo. Cada ítem tiene un rango de respuesta de 5 en la escala Likert entre una puntuación de 1 (muy poco/nada) y 5 (mucho) cada subescala tiene una puntuación mínima de 10 y máxima de 50. La subescala de afecto negativo se considera como una dimensión general de malestar subjetivo que incorpora una variedad de estados de ánimos que incluyen deprimida, malhumorada, pesimista, irritable, harta, triste, furiosa, frustrada, infeliz y tensa. La subescala de afecto positivo mide el bienestar psicológico y recoge una serie de adjetivos como alegre, feliz, satisfecha, atrevida, llena de entusiasmo, afable, afectuosa, animada, dinámica y decidida (ver anexo). El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) para la escala de afecto positivo fue de 0,880 (N=237). Las correlaciones de cada ítem con el total, excluido el propio ítem, se extendieron desde 0,355 a 0,786. El coeficiente de alfa de Cronbach para cada ítem no fue inferior nunca a 0,583. El coeficiente de consistencia interna para la escala de afecto negativo fue de 0,877 (n=237). Las correlaciones de cada ítem con el total, excluido el propio ítem, se extendieron desde 0,457 a 0,781. El coeficiente alfa de Cronbach para cada ítem no fue inferior nunca a 0,851. El coeficiente de consistencia interna para escala de afecto positivo aplicada tras el tratamiento fue de 0,879 (n= 180). Las correlaciones de cada ítem con el total, van desde 0,337 a 0,736. El coeficiente alfa de Cronbach para cada ítem no fue interior nunca a 0,861. Y el coeficiente de consistencia interna para la escala de afecto negativo aplicada tras el tratamiento fue de 0,902 (N=180). Las correlaciones para cada ítem con el total se extendieron desde 0,566 a 0,738. El coeficiente de alfa de

Cronbach para cada ítem no fue inferior nunca a 0,882. Mientras el test-retest en el afecto positivo $r = 0,466$ ($p = 0,000$) y en el afecto negativo $r = 0,410$ ($p=0,000$) con un $N= 149$. La validación de la escala de afecto positivo y negativo de 20 ítems se ha validado con una muestra $N=2010$ que incluye mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre otras^(11, 50,51).

Los análisis estadísticos consistieron en análisis descriptivo de los datos médicos y sociodemográficos. En primer lugar se llevo a cabo un Análisis de Cluster, procedimiento "K medias" para establecer la variable categórica resistencia/vulnerabilidad. Este análisis se realizó a partir de las puntuaciones de ansiedad y depresión pretratamiento y postratamiento. Se obtuvieron dos grupos tras realizar el Análisis de Cluster, un grupo de pacientes vulnerables psicológicamente ($n=42$) y un grupo de pacientes resistentes ($n=77$). Para valorar el efecto de la intervención psicológica se aplicó un análisis de medidas repetidas de una sola cola para la comparación intra-sujeto. Para ver el efecto de la intervención psicológica en el afecto positivo y negativo, comparando el grupo de mujeres resistentes/vulnerables se aplicó un diseño mixto de medias repetidas. Los análisis estadísticos se realizan con el programa informático SPSS, versión 14.0.

RESULTADOS

El efecto intra-sujetos y entre-sujetos de la intervención psicológica sobre el afecto positivo a lo largo de la administración de quimioterapia

Los estadísticos descriptivos permiten ver que el grupo de mujeres vulnerables ($M= 29,83$, $DT=6,1$) comienza con un grado de afecto positivo mucho menor que el grupo de mujeres resistentes ($M=36,4$, $DT=4$); La intervención psicológica logra efectos en el grupo de las mujeres vulnerables. Estas empiezan con una puntuación media de afecto positivo de ($M=29,8$, $DT=6,1$) y terminan el proceso con una puntuación media de ($M=32$ $DT=6,6$); las mujeres resistentes comienzan con una puntuación media de ($M=36,4$ $DT=4$) y terminan con ($M=37,1$, $DT=3,6$) (ver tabla 2). Sin embargo la ganancia del grupo vulnerable es mayor en el aumento de la puntuación media de afecto positivo. Globalmente, los contrastes multivariados en el proceso de intervención psicológica da lugar a una mejoría, son significativos tanto los efectos de la intervención intra-sujetos ($F= 7,26$, $p<0,001$; eta cuadrado= $0,203$) como los de la interacción*resistencia/vulnerabilidad ($F= 3,686$; eta cuadrado= $0,115$). No se satisface la prueba de es-

Tabla 2. **Medias y DT de las puntuaciones de afecto positivo**

	Resistentes (n=77)		Vulnerables (n=42)		Total (n=119)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Afecto positivo pre	36,4	4	29,8	6,1	34,08	5,7
Afecto positivo 2º	37	3,8	33,52	5,4	35,7	4,7
Afecto positivo 4º	37,2	4,01	33,8	5,2	36,03	4,7
Afecto positivo 6º	35,7	4,8	32,1	5,07	34,4	5,2
Afecto positivo post	37,1	3,6	32	6,6	35,3	5,5

fericidad ($p=0,082$) con lo que los datos son menos fiables. En el afecto positivo los efectos de la intervención son significativos ($F=7,24$, $p<0,001$) así como los de la interacción ($F=3,63$, $p<0,01$).

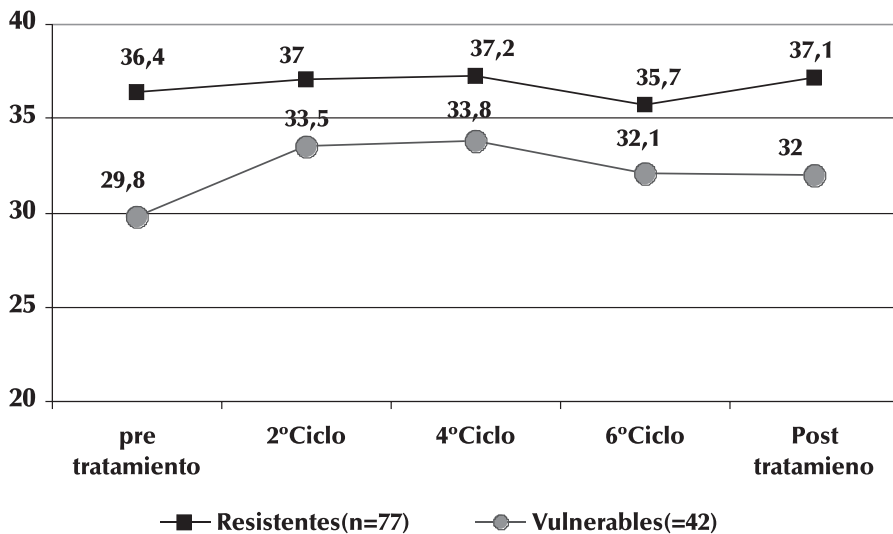
Como se puede observar en la prueba de efectos intra-sujetos los cambios debidos a la intervención son significativos entre los niveles 1-2 ($F=21,8$, $p<0,001$) y 2-3 ($F=9,3$, $p<0,01$); los efectos de la interacción sólo son significativos entre los niveles 1-2 ($F=11,3$, $P<0,001$) (ver tabla 3). La ganancia más notable se ob-

tiene a partir de la primera intervención, y en la segunda; alcanzada la ganancia en afecto positivo esta se estabiliza en las mujeres vulnerables. El grupo de resistentes mantiene las puntuaciones de afecto positivo. En relación con los efectos inter-sujetos (ver la figura 1) se alcanza una eta cuadrado de 0,298, es decir, la resistencia/vulnerabilidad explica el 29% de la diferencia. Como se puede apreciar en las puntuaciones medias del afecto positivo son las vulnerables quienes mayor beneficio reciben.

Tabla 3. **Afecto Positivo.**

Nivel	Efectos intra-sujetos			Interacción*resistencia/ vulnerabilidad		
	F	P	eta ²	F	P	eta ²
Nivel 2 vs.Nivel 1	21,8	0,001	0,154	11,34	0,001	0,088
Nivel 3 vs.Previo	9,3	0,003	0,074	3,52	0,063	0,029
Nivel 4 vs.Previo	2,4	0,124	0,02	0,836	0,362	0,007
Nivel 5 vs. Previo	0,084	0,772	0,001	1,12	0,29	0,01

Figura 1. **Diferencias entre-sujetos: Afecto positivo.**



El efecto intra-sujetos y entre-sujetos de la intervención psicológica y resistencia/vulnerabilidad sobre el afecto negativo a lo largo de la administración de quimioterapia

Como en el caso del afecto positivo, el mero análisis de los estadísticos descriptivos permite comprobar la enorme distancia existente entre vulnerables y resistentes en el afecto negativo. En el inicio casi diez puntos entre las mujeres resistentes ($M=12,9$, $DT=3,4$) y las mujeres vulnerables ($M=22,2$, $DT=6,5$). La intervención psicológica logra un efecto positivo en el grupo de las mujeres vulnerables. Estas empiezan con una puntuación media de afecto negativo de ($M=22,2$, $DT=6,5$) y terminan el proceso con una puntuación media de ($M=17,6$, $DT=6,8$); las mujeres resistentes comienzan con una puntuación media de ($M=12,9$, $DT=3,4$) y terminan con ($M=12,9$, $DT=2,9$) y se mantienen con puntuaciones similares durante todo el proceso de administración de quimioterapia (ver Tabla 4).

Los contrastes multivariados demuestran que, considerando el proceso de intervención en su totalidad, la intervención psicológica surte efectos ($F=6,06$, $P<0,001$); pero los efectos de la interacción ($F=0,001$) son algo más importantes (eta cuadrado interacción = 0,1905; eta cuadrado de la intervención = 0,175).

La intervención globalmente produce efectos significativos. Las emociones negativas descienden lo que constituye el objetivo terapéutico. El análisis de contrastes multivariados así lo confirma. Se satisface la prueba de esfericidad. La prueba de efectos intra-sujetos alcanza la significación estadística ($F=7,53$, $p<0,001$; eta cuadrado = 0,06) y demuestra el efecto de la intervención psicológica sobre el conjunto de la muestra. Lo mismo ocurre con los efectos de la interacción*resistencia/vulnerabilidad ($F=8,9$, $P<0,001$; eta cuadrado=0,07). Los contrastes intra-sujetos explican dónde y cuándo se dan los cambios significativos. El cambio sustantivo acontece tras la primera intervención. Los contrastes entre los niveles 1 y 2 ($F=22,2$, $P<0,001$; eta cuadrado = 0,16) y entre el nivel 2 y 3 ($F=6,2$, $P<0,05$; eta cuadrado = 0,05) son los únicos significativos respecto a los efectos principales de la intervención. Tras la primera intervención se mitiga extraordinariamente el impacto del diagnóstico sobre las emociones de la paciente. Esta intervención explica el 16% del cambio. En cuanto a los efectos de la interacción, los contrastes indican que hay diferencias significativas entre todos los niveles, (ver tabla 5) menos entre 4 y 5 ($F=1,07$, ns). La diferencia más significativa aparece entre los niveles 1 y 2 ($F=22,7$, $p<0,001$; eta cuadrado= 0,16).

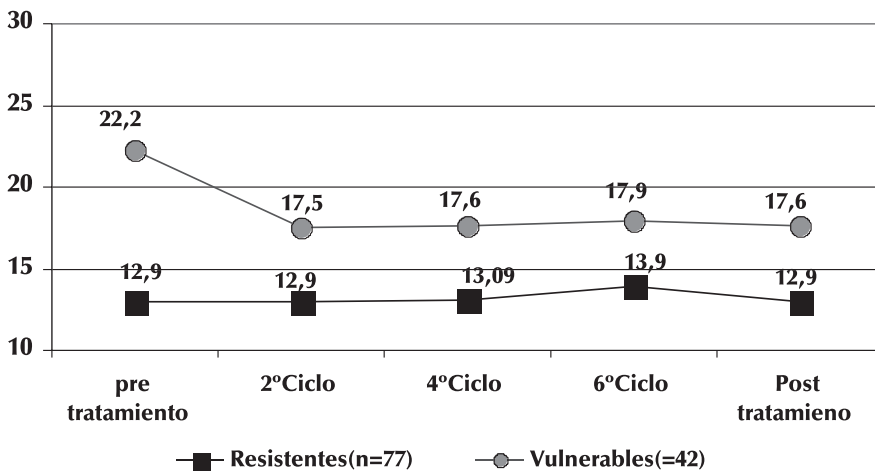
Tabla 4. Medias y DT de las puntuaciones de afecto negativo

	Resistentes (n=77)		Vulnerable (n=42)		Total (n=119)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Afecto negativo pre	12,9	3,4	22,2	6,5	16,2	6,5
Afecto negativo 2º	12,9	4,05	17,5	5,8	14,6	5,2
Afecto negativo 4º	13,09	3,4	17,6	6,6	14,7	5,2
Afecto negativo 6º	13,9	4,06	17,9	6,6	15,3	5,4
Afecto negativo post	12,9	2,9	17,6	6,8	14,5	5,1

Tabla 5. **Afecto Negativo.**

Nivel	Efectos intra-sujetos			Interacción*resistencia/vulnerabilidad		
	F	P	eta ²	F	P	eta ²
Nivel 2 vs.Nivel 1	22,22	0,001	0,16	22,72	0,001	0,163
Nivel 3 vs.Previo	6,2	0,014	0,05	7,65	0,007	0,061
Nivel 4 vs.Previo	0,085	0,772	0,001	5,52	0,02	0,45
Nivel 5 vs. Previo	3,55	0,062	0,029	1,07	0,302	0,009

Figura 2. **Diferencias entre-sujetos: Afecto negativo**



Los efectos principales de resistencia/vulnerabilidad son muy significativos ($F=68,5$, $P<0,001$) y el tamaño de su efecto elevado ($\eta^2 = 0,36$); cuando separamos la muestra en función de la vulnerabilidad esta explica el 36% (ver figura 2. Esto demuestra la incidencia que tiene la resistencia/vulnerabilidad psicológica en los estados de ánimo de las mujeres con cáncer de mama.

DISCUSIÓN

La investigación ha demostrado que el afecto positivo y negativo son dimensiones independientes que permiten ver la evolución del estado emocional

durante la quimioterapia. Los resultados muestran la incidencia que la resistencia/vulnerabilidad psicológica tiene en la respuesta del afecto de las pacientes durante el proceso de quimioterapia adyuvante. La intervención explica el 17% del cambio en las emociones negativas disminuyéndolas.

En los análisis aplicados para evaluar la eficacia de la intervención psicológica hemos visto que hay una ganancia en los dos grupos en las medidas de afecto, los contrastes intrasujetos indican que la intervención es crucial para el mantenimiento del estado de ánimo positivo de las pacientes, las puntuaciones del afecto positivo se mantienen e incrementan sig-

nificativamente en el grupo de las mujeres resistentes y vulnerables. En el afecto negativo ocurre lo mismo: disminuyen las medias de afecto negativo, sobre todo en las enfermas más vulnerables psicológicamente; con ellas son con las que se obtiene un claro beneficio de la intervención psicológica. Las resistentes al estrés aumentan ligeramente sus estados de ánimo negativos durante el proceso de administración de quimioterapia. El efecto principal de la resistencia y vulnerabilidad es significativo en el afecto positivo y negativo y el tamaño de su efecto es más elevado en el afecto negativo, debe tenerse en cuenta que las emociones positivas constituyen amortiguadores de los efectos nocivos del estrés sobre el organismo. Las emociones negativas aparecen como consecuencias inmediatas del estrés y de las situaciones vitales adversas. Por otro lado, la depresión y la ansiedad aumentan la vulnerabilidad de las personas ante todo tipo de contingencias negativas. Por ello los efectos de la intervención y de la vulnerabilidad/resistencia son de mayor magnitud en el afecto negativo que en el positivo. La psicoterapia disminuye el afecto negativo en los dos grupos, siendo las mujeres vulnerables las que más mejoría experimentan al finalizar el tratamiento. Esto demuestra la influencia que la resistencia/vulnerabilidad tiene en el estado de ánimo.

La ganancia más importante se obtiene en la primera intervención psicológica y ésta es crucial para el mantenimiento del estado de ánimo positivo y la disminución del afecto negativo de las pacientes. Tras la primera intervención se mitiga extraordinariamente el impacto del diagnóstico sobre las emociones de las pacientes. Hay ganancia en los dos grupos, siendo las pacientes vulnerables las que mayor grado de mejoría experimentan. Es importante señalar la importancia de esta primera entrevista e intervención, la

repercusión que tiene frente a las contingencias aversivas que supone la administración de la quimioterapia.

La literatura pone en evidencia que muchos pacientes se sobreponen por sí mismos al diagnóstico y tratamiento de un cáncer y que incluso algunos mejoran sin ayuda su calidad de vida. La puesta en marcha de un programa de intervención psicológica puede tener diferentes planteamientos. Hay programas que no toman alguna medida en particular hasta que un paciente pone en evidencia que tiene serios problemas psicológicos, momento en el cual se le remitiría al servicio de psicología o psiquiatría. Esta es sin duda la práctica común en los centros donde no se cuenta con ningún tipo de programa de intervención psicológica específico para pacientes oncológicos. El problema de esta perspectiva es que la paciente ha de llegar a presentar un gran malestar antes de que se tome ninguna medida, y además, es necesario que llegue a informar de ello o que su situación sea percibida por los profesionales a través de algún indicio; y puede ocurrir que los problemas psicológicos o sociales de un paciente pueden no llegar a llamar la atención del personal sanitario, entre otras cosas debido a la urgencia de tiempo y a la tendencia a centrarse en los problemas estrictamente médicos⁽⁵²⁾. Desafortunadamente, solo un 20-50% de los pacientes afectados de problemática psicológica son identificados y tratados apropiadamente⁽⁴⁾. Otra postura a la que hacen referencia Worden y Weisman⁽³⁰⁾, y que hemos desarrollado en el programa de intervención psicológica con las mujeres con cáncer de mama de nuestro centro, defiende la necesidad de definir la intervención psicológica en términos preventivos, de modo que se realice una adecuada evaluación psicológica y selección de pacientes con un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y

malestar subjetivo a medio y largo plazo, esta postura nos asegura que toda paciente será tomada en cuenta en el proceso de evaluación y selección de casos de alto riesgo y nos permite proporcionar a las mujeres estrategias y destrezas que podrán utilizar antes que los problemas psicológicos hagan su aparición o se agraven.

Los trabajos futuros deben centrarse a determinar que variables psicológicas, sociales y físicas pronostican una mayor o menor adaptación de las mujeres al cáncer de mama y un mayor o menor bienestar psicológico. El objetivo es detectar a las mujeres con alto riesgo para desarrollar alteraciones psicológicas. Los programas de intervención psicológica en este tipo de enfermas debe dar un apoyo emocional en todos los casos, que prevenga futuros problemas y por otro lado aplicar intervenciones cognitivas-conductuales en grupos de pacientes con síntomas psicopatológicos para mejora del bienestar psicológico.

De los estudios prospectivos documentados para medir las secuelas postquirúrgicas del cáncer de mama no metastásico, no hay muchas investigaciones que incluyan medidas antes, durante y después del tratamiento en afecto positivo y negativo. Este tipo de diseño metodológico es particularmente importante para las investigaciones con pacientes con cáncer porque la naturaleza del tratamiento consiste en un proceso complicado y repetido de ciclos de quimioterapia, más que un tratamiento sencillo. Esto hace que la adaptación psicológica al tratamiento es un proceso que cambia en todo momento. Si el proceso de adaptación se estudia, la investigación necesitará desarrollar múltiples medidas prospectivas en breves intervalos de tiempo. La posibilidad de medir afecto positivo y negativo como dimensiones independientes nos permite ver el desa-

rollo del estado de ánimo en el proceso de administración del tratamiento de quimioterapia⁽²²⁾. Además, es necesaria la prolongación de las evaluaciones en periodos más lejanos a la intervención psicológica, hasta el año o dos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytic review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59: 280-293.
2. Jacobsen PB, Bovbjerg DH, Redd WH. Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychol* 1993; 12: 469-75.
3. Longman AJ, Braden CJ, Mishel MH. Side effects burden in women with breast cancer. *Cancer Pract* 1996; 4: 274-80.
4. Magire P. Psychological morbidity associated with cancer and cancer treatment. *Clin Oncol* 1985; 4: 559-575.
5. Barraclough J. *Cancer and Emotion: A practical Guide to Psycho-Oncology* 1994 (2nd Edition) Wiley, Chichester.
6. Fallowfield LJ, Hall A, Magire P, Baum, M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990; 301: 575-80.
7. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment for breast cancer: a comparison of partial and total mastectomy. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 765-71.
8. Pinder KL, Ramirez JA, Richards MA, Walter MG. Cognitive response and psychiatric disorder in women with operable breast cancer. *Psychooncology* 1994; 3: 129-37.
9. Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of Posttraumatic Stress Disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995, 63 (6): 981-86.

10. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28.
11. Sánchez-Cánovas J. Aspectos psicológicos de la menopausia. En Sánchez-Cánovas J (coordinador), *Menopausia y Salud* 1996. Barcelona: Ariel, p. 37-83.
12. Diener E, Emmons RA. The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984; 47: 1105-1117.
13. Watson D, Clark AL. Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull* 1984; 96 (3): 465-90.
14. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull* 1985; 98 (2): 219-35.
15. Love RR, Leventhal H, Easterling DV, Nerenz DR. Side effects and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer* 1989; 63: 604-12.
16. Leventhal H, Easterling DV, Coons HL, Luchterhand CM, Love RR. Adaptation to chemotherapy treatments. In: Andersen BL, editor *Women with cancer: Psychological perspectives*. New York: Springer-Verlag, 1986. p. 172-203
17. Meyerowitz BE, Sparks FC, Spears I. Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. Psychosocial implications. *Cancer* 1979; 43: 1613-8.
18. Knobf MT. Physical and psychologic distress associated with adjuvant chemotherapy in woman with breast cancer. *J Clin Oncol* 1986; 4: 678-84.
19. Gotay CC, Stern JD. Assessment of psychological functioning in cancer patients. *J Psychol Oncol* 1995; 13: 123-60.
20. Shacham, N. (1983). A shortened version of the profile of mood states. *J Per Assess*, 47, 305-6.
21. DiLorenzo TA, Bovbjerg DH, Montgomery GH, Valdimarsdottir H, Jacobsen PB. The application of a shortened version of the profile of mood states in a sample of breast cancer chemotherapy patients. *Br J Health Psychol* 1999; 4:315-25.
22. Buick DL, Petrie KJ, Booth R et al. Emotional and functional impact of radiotherapy and chemotherapy on patients with primary breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2000; 18(1): 39-62.
23. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J Per Social Psychol* 1993; 65: 375-90.
24. McCaul KD, Sandgren AK, King B, O'Donnell S, Branstetter A, Foreman GB. Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology* 1999; 8: 230-6.
25. Cella DF, Tulskey DS. Quality of life in cancer. Definition, purpose and method of measurement. *Cancer invest* 1993; 11: 327-36.
26. Coluzzi PH, Grant M, Doroshow JH. Survey of the provision of supportive care services at National Cancer Institute-designated cancer centers. *J Clin Oncol* 1995; 13: 756-64.
27. Meyer TJ, Mark M. Effects of psychosocial interventions with cancer: a selective review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 14: 101-8.
28. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW. A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatric* 1990; 47: 720-725.
29. Greer S. Terapia Psicológica Adyuvante para mujeres con cáncer de mama. *Bol Psicol* 1992; 36: 71-83.
30. Wonder JW, Weisman AD. Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6: 243-249.
31. Moorey S, Greer S, Watson M. et al. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 255-9.

32. Andersen BL, Farrar W, Golden-Kreutz D, Glaser R, Emery C, Crespin T. et al. Psychological, behavioral and immune changes after a psychological intervention. *J Clin Oncol* 2004; 22:3570-80.
33. Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimerly SR, Sifre T, Urcuyo KR, et al. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Couns Clin Psychol* 2006; 74(6):1143-52.
34. Font A, Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología* 2004; 1: 67-86.
35. Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 1: 133-42.
36. Manos D, Sebastián J, Mateos N, Bueno MJ. Results of a multi-componential psychosocial intervention programme for women with early-stage breast cancer in Spain: quality of life and mental adjustment. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008; Dec 3. En prensa.
37. Jacobson E. *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, 1929.
38. Baider L, Uziely B, Kaplan De-Nour A. Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16:340-47.
39. Beck AT, Rusch AJ, Shaw BR, Emery G. *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983.
40. Ellis A. *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 1980.
41. McCaul KD, Malott JM. Distraction and coping with pain. *Psychol Bull* 1984; 516-33.
42. Salkovskis P, Kirk J. Obsessional disorders, In: Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clarke D, editor. *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: A practical Guide* 1989. Oxford: Oxford University Press
43. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
44. Sánchez-Cánovas J. El bienestar psicológico subjetivo escalas de evaluación. *Bol Psicol* 1994; 43: 23-45.
45. Aylard PR, Gooding JH, McKenna PJ, Snaith RP. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *J Psychosom Res* 1987; 31: 261-8.
46. Ibbotson T, Magire P, Selby P, Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *Eur J Cancer* 1994; 30 (1): 37-40.
47. Moorey S, Greer S, Watson M, Gorman C, Rowden L, Tunmore R, Robertson B, Bliss J. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 255-9.
48. Caro I, Ibañez E. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Bol Psicol* 1992; 36: 43-69.
49. López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massutí B, Rodríguez-Marín J, Leyda JI, Martín-Aragón M, Sitges E. Ansiedad y Depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos. *Rev Psicol Salud* 2000; 12: 127-55.
50. Marín RM, Pérez S, Sánchez-Cánovas J, Dupuy MJ. Los estados de ánimo (afectividad positiva y negativa): su relación con la salud general autopercebida, la sintomatología clínica, los acontecimientos vitales estresantes y los estilos de vida en mujeres climatéricas. I Symposium Internacional de Ginecología y Menopausia 1996. Editor: Santiago Palacios. Madrid 25 y 26 de enero, p. 161.
51. Sánchez-Cánovas J. Programas de promoción y prevención de la salud. III Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEP-CP). Valencia 6,7 y 8 de Diciembre de 2001. Libro de resúmenes. Promolibro 2001, p. 51-54.
52. Cunningham AJ, Tocco EK. A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients. *Patient Educ Couns* 1989; 14: 101-114.