

Actitudes ante el cáncer de mama: miedos y realidad

Attitudes toward breast cancer: Fears and reality

Esperanza Torrico Linares¹
Carmen Santín Vilariño¹
María José López López¹
Montserrat Andrés Villas¹

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue analizar las actitudes que un grupo de 30 mujeres sanas mantenían ante el cáncer de mama y evaluar las repercusiones psicológicas que anticipaban ante tal evento, en comparación a las que presentaban 30 mujeres enfermas de cáncer. Se aplicó un inventario sociobiográfico, el Cuestionario de Adaptación Emocional al Cáncer (CAEC), el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) y el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ). Los resultados indican que las mujeres sanas anticipan unas reacciones psicológicas más negativas y patológicas que las que sufre el grupo de mujeres enfermas, a la vez que valoran la enfermedad como un acontecimiento altamente traumático.

Palabras clave: Actitudes; Cáncer; Alteraciones emocionales; Depresión; Psicopatología.

ABSTRACT

The objective of the present work was to analyze the attitudes held by a group of 30 healthy women concerning breast cancer, and to evaluate the psychological repercussions that they expected in the face of such an event, in comparison to those that 30 cancer sick-women presented. A social-biographic inventory, the Questionnaire of Emotional Adaptation to Cancer (CAEC), the Questionnaire of Mental Adjustment to the Cancer (MAC), and the Questionnaire of Clinical Analysis (CAQ), were all applied. The results indicate that the healthy women expected psychological reactions were more negative and more pathological than those of the sick women, and that they regarded the illness as a highly traumatic event.

Keywords: Attitudes; Cancer. Emotional disturbances; Depression; Psychopathology

INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo surge de la intervención psicológica realizada a pacientes que asistían a consulta externa en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario “Virgen Macarena” de Sevilla, España. Las entrevistas realizadas a estas pacientes indicaban que un buen predictor de ajuste a la enfermedad podría ser la concepción adecuada y el conocimiento objetivo y real que de la enfermedad neoplásica tuvieran tanto ellas como sus familiares y amigos. Esto nos llevó a plantearnos qué percepción del cáncer se tiene en nuestra cultura y medio, así como las influencias nocivas que éste pueda tener sobre las personas que enferman.

¹ Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva. Campus de El Carmen. Av. de las Fuerzas Armadas Num. 3. 21007 Huelva. España. Correo electrónico: torrico@uhu.es. Artículo recibido el 24 de enero y aceptado el 19 de marzo de 2002.

En la sociedad actual, el cáncer ha adquirido una gran relevancia social, lo que ha provocado un buen número de connotaciones negativas en comparación con otras enfermedades de similar o peor pronóstico, connotaciones que se han visto superadas sólo por enfermedades de la severidad y gravedad del sida (Fife y Wright, 2000; Rush, 1998; Universidad de Navarra, 1981), aunque otros estudios revelan que el cáncer es más temido que este último (Greene, 2000). Debe recordarse que el cáncer, tal como ha manifestado Ibáñez (1990), es considerado como un auténtico ataque contra el concepto de "supervivencia" y como una amenaza real contra el grupo. Ello va a determinar en gran medida el impacto que posteriormente tenga en los pacientes una vez que conocen el diagnóstico (Petersen y Benishek, 2001), aunque dicho impacto no es uniforme y depende de variables tales como la edad, la cultura o la raza (Bailey, Erwin y Belin, 2000). Además, como señala Holland (1998, 2001), durante siglos el cáncer ha provocado miedos irracionales hasta el punto de que se oculta el diagnóstico a los pacientes y se evita deliberadamente toda la terminología que aluda directamente a esta enfermedad. El aspecto mítico tiene una importancia fundamental en la percepción que se tiene de esta enfermedad, lo que agrava los temores que tienen una base real (dolor, amputación quirúrgica, disminución del atractivo sexual, etc.). De hecho, el diagnóstico de un cáncer es equiparado a una sentencia de muerte. Es, por tanto, lógico pensar que unas actitudes negativas excesivas y una anticipación desmesurada hacia las consecuencias físicas y/o psicológicas de la enfermedad dificulten su ajuste a ella (Bayés, 1999).

Partiendo de estos planteamientos, el presente estudio tuvo los siguientes objetivos: *a)* Profundizar en el conocimiento de las actitudes que tienen las mujeres sanas ante el cáncer de mama; *b)* Analizar las posibles repercusiones psicológicas que esas mujeres sanas anticipan como probables ante la posibilidad supuesta de padecer un cáncer de mama, y *c)* Comprobar algunas de las repercusiones psicológicas que se han desarrollado en personas afectadas de un cáncer de mama, una vez transcurridos más de seis meses desde el diagnóstico, y comparar esos resultados con los obtenidos por las mujeres sanas, tanto cuando respondían

con base a su situación real, como en virtud de lo que suponían que sentirían si estuvieran enfermas de cáncer.

MÉTODO

Sujetos

Se seleccionó un grupo de 30 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y mastectomizadas, y otro compuesto por 30 mujeres sin patología orgánica o psicológica conocida. Las características sociodemográficas más representativas de ambos grupos fueron las siguientes: en cuanto a su edad, más de 70% tenían edades comprendidas entre los 46 y 60 años; en el 80% de los casos, estaban casadas; el 60% sabía leer y escribir o tenía estudios primarios con certificado; por último, 60% de las mujeres eran amas de casa. En el grupo de enfermas, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico no era mayor de un año en el 70% de los casos. En cuanto al estadio de la enfermedad, 50% se encontraba en un estadio II, no encontrándose ninguna paciente en el I. Respecto a los tratamientos, más de 70% habían recibido un tratamiento coadyuvante (quimioterapia), además de haber sufrido la mastectomía. Los criterios exigidos para formar parte de la muestra fueron los siguientes: ser mujer, tener una edad comprendida entre los 25 y 65 años, no estar o haber estado en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico ni bajo medicación psicoactiva. En el caso de las mujeres con cáncer, se requería que hubieran sido diagnosticadas por lo menos seis meses antes y que estuviesen mastectomizadas.

Instrumentos

El material testológico utilizado constó de dos inventarios sociobiográficos, uno para cada grupo, creados para obtener información sobre distintos aspectos sociodemográficos y actitudinales; el Cuestionario de Adaptación Emocional al Cáncer (CAEC) de Andreu (1987), que valora cinco áreas de personalidad; el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) de Watson y Greer (cfr. Watson, Greer y Bliss, 1989), que valora diferentes estilos de ajuste psicológico a la enfermedad, y el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ) (1987) de Krug en su versión española.

Procedimiento

En el grupo de mujeres con cáncer, se aplicó la batería individualmente en una sola sesión; las instrucciones se les dieron de forma verbal y estaban previamente establecidas. En el grupo de mujeres sanas se realizaron dos evaluaciones distintas: en una primera sesión se les pidió que contestaran los cuestionarios con base en las instrucciones que cada uno de ellos adjuntaba. En la segunda sesión (realizada quince días más tarde), volvieron a contestar los cuestionarios, pero se les solicitó que respondiese imaginándose cómo se sentirían si tuvieran cáncer y que a causa del mismo les hubieran cortado un seno.

RESULTADOS

En primer lugar, se consideró que ambos grupo eran comparables entre sí en lo que a las variables sociodemográficas se refería, ya que el análisis de varianza (ANOVA) realizado indicó que no había diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

Respecto de los resultados obtenidos en el ANOVA de los diferentes cuestionarios entre el grupo de mujeres con cáncer y el grupo de mujeres sanas (primera sesión), no hubo tampoco diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada grupo, exceptuando el factor "Espíritu de lucha" del MAC (Tabla 1), siendo la media más elevada en este factor la del grupo de mujeres con cáncer.

Tabla 1. ANOVA y medias de los factores del CAEC, el MAC y el CAQ entre el grupo de mujeres con cáncer y el de mujeres sanas (primera sesión).

Instr.	Factores	ANOVA	Medias mujeres con cáncer	Medias mujeres sanas
CAEC	Dependencia	0.257	27.63	25.50
	Inestabilidad	0.838	20.37	20.63
	Depresión	0.730	18.20	17.80
	Irritabilidad	0.623	14.73	14.80
	Pensamiento desiderativo	0.557	16.73	16.37
	Miscelánea	0.405	19.53	20.63
MAC	Espíritu de lucha	0.002 **	46.63	39.83
	Desamparo/desesperanza	0.367	8.33	9.17
	Preocupación ansiosa	0.508	18.93	18.00
	Fatalismo	0.058	20.03	17.90
	Negación	0.232	2.43	2.83
CAQ	Hipocondriasis	0.103	6.53	5.07
	Depresión suicida	0.683	4.50	4.93
	Agitación	0.336	8.07	7.43
	Depresión ansiosa	0.728	9.30	9.63
	Depresión o baja energía	0.842	7.93	8.17
	Culpabilidad	0.859	7.23	7.43
	Apatía/retirada	0.162	5.63	6.70
	Paranoia	0.098	8.13	6.43
	Desviación psicopática	0.327	11.13	10.07
	Esquizofrenia	0.469	4.80	4.17
	Psicastenia	0.131	11.17	9.83
	Desajuste psicológico	0.202	5.10	6.20

En cuanto a los resultados obtenidos al comparar el grupo de mujeres con cáncer y el de mujeres sanas cuando imaginaron tener cáncer (segunda sesión), el ANOVA indicó que existían diferencias estadísticamente significativas en todos los factores que integran el CAEC y el MAC, encontrándose las medias más altas entre las mujeres sanas cuando ima-

ginaban tener cáncer, excepto en los factores "Negación" y "Espíritu de lucha" del MAC. En cuanto al CAQ, son ocho los factores en los que hubo esas diferencias estadísticamente significativas, correspondiendo las medias más elevadas a las mujeres sanas (segunda sesión), con excepción del factor "Desviación psicopática" (Tabla 2).

Tabla 2. ANOVA y medias de los factores del CAEC, el MAC y el CAQ entre el grupo de mujeres con cáncer y el de mujeres sanas cuando imaginaron tener cáncer (segunda sesión).

Instr.	Factor	ANOVA	Medias mujeres con cáncer	Medias mujeres sanas
CAEC	Dependencia	0.001***	27.63	36.50
	Inestabilidad	0.001***	20.37	28.87
	Depresión	0.001***	18.20	26.30
	Irritabilidad	0.011*	14.73	17.30
	Pensamiento Desiderativo	0.002**	16.73	18.53
	Miscelánea	0.001***	19.53	29.5
MAC	Espíritu de Lucha	0.004**	46.63	42.03
	Desamparo/Desesperanza	0.001***	8.33	13.83
	Preocupación Ansiosa	0.001***	18.93	25.40
	Fatalismo	0.004**	20.03	21.97
	Negación	0.001***	2.43	1.40
CAQ	Hipocondriasis	0.001***	6.53	14.57
	Depresión Suicida	0.001***	4.50	11.9
	Agitación	0.617	8.07	8.00
	Depresión Ansiosa	0.001***	9.30	12.43
	Depresión Baja-energía	0.001***	7.93	14.83
	Culpabilidad	0.001***	7.23	12.43
	Apatía/retirada	0.001***	5.63	10.10
	Paranoia	0.218	8.13	6.87
	Desviación psicopática	0.044*	11.13	8.40
	Esquizofrenia	0.346	4.80	5.47
	Psicastenia	0.393	11.17	10.33
	Desajuste psicológico	0.001***	5.10	9.07

Tabla 3. ANOVA y medias de los factores del CAEC, el MAC y el CAQ entre el grupo de mujeres sanas (primera sesión) y el de mujeres sanas cuando imaginaron tener cáncer (segunda sesión).

Instr.	Factor	ANOVA	Medias mujeres sanas (1ª sesión)	Medias mujeres sanas (2ª sesión)
CAEC	Dependencia	0.001***	25.5	36.5
	Inestabilidad	0.001***	20.63	28.87
	Depresión	0.001***	17.8	26.3
	Irritabilidad	0.001***	14.17	17.30
	Pensamiento desiderativo	0.002**	16.37	18.53
	Miscelánea	0.001***	20.63	29.5
MAC	Espíritu de lucha	0.303	39.83	42.03
	Desamparo/desesperanza	0.001***	9.17	13.87
	Preocupación ansiosa	0.001***	18.00	25.40
	Fatalismo	0.002**	17.90	21.97
	Negación	0.001***	2.83	1.40
CAQ	Hipocondriasis	0.001***	5.07	14.57
	Depresión suicida	0.001***	4.93	11.9
	Agitación	0.441	7.43	8.00
	Depresión ansiosa	0.002**	9.63	12.43
	Depresión o baja energía	0.001***	8.17	14.83
	Culpabilidad/resentimiento	0.001***	7.43	12.43
	Apatía/retirada	0.001***	6.70	10.10
	Paranoia	0.652	6.43	6.87
	Desviación psicopática	0.129	10.07	8.40
	Esquizofrenia	0.120	4.17	5.47
	Psicastenia	0.635	9.83	10.33
	Desajuste psicológico	0.003**	6.20	9.07

Por último, se comentan los resultados hallados al comparar el grupo de mujeres sanas (primera sesión) y el mismo grupo cuando imaginaron tener cáncer (segunda sesión), donde se obtuvieron diferencias estadísticas significativas en todos los factores que componen el CAEC y el MAC, menos en el factor "Espíritu de lucha", alcanzándose las medias más elevadas en esos factores en la segunda sesión, salvo el factor "Negación", cuya media más alta se alcanzó en la segunda sesión. En cuanto al CAQ, de los doce factores que conforman este cuestionario, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en siete de ellos (Tabla 3). Tal vez el dato más relevante sea que, exceptuando el factor "Desajuste psicológico", el resto de factores en los que se hallan dichas diferencias correspondieron a las escalas primarias de depresión. Así pues, vuelve a ser la introducción de la variable "imaginar tener cáncer" la que marcó las diferencias al elevar las puntuaciones medias.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados del ANOVA realizado al grupo de mujeres con cáncer y al de mujeres sanas en la primera sesión, se observó que las pacientes mostraban una adecuada adaptación a su enfermedad, habiendo conseguido un cierto control de sus reacciones emocionales; de ahí que no se muestren especialmente inestables, deprimidas, irritables o ansiosas en comparación con las mujeres sanas. Este tipo de adaptación ya fue descrita por Ibáñez (1990). Además, se aprecia cómo las mujeres con cáncer muestran un mayor espíritu de lucha, probablemente debido a que el diagnóstico de cáncer es considerado por muchos pacientes oncológicos como un reto a superar (Ferrero, 1993; Fitzpatrick, 2000). Este factor de "Espíritu de lucha" ha sido ampliamente estudiado, encontrándose una correlación positiva entre el mismo y la adaptación emocional y ajuste mental a la enfermedad neoplásica (Lechner, 2001; Vestevich, 1999), así como una mejora en la calidad de vida de los pacientes que la padecen (Cotton, 2000; Nair, 2000; Strang y Strang, 2001). Asimismo, es de suponer que las personas sanas, aun cuando respondan en función de la enfermedad más grave que hayan padecido, no han tenido experiencias similares a la vivencia de estar

diagnosticadas de cáncer, por lo que carecen de la capacidad de reestructuración cognitiva dirigida a la solución de dicha situación (Fitzpatrick, 2000; Lazarus y Folkman, 1986).

Respecto de los resultados del ANOVA realizado entre el grupo de mujeres con cáncer y el de mujeres sanas cuando imaginaban tener cáncer (segunda sesión), en el CAEC hubo diferencias significativas en todos los factores que lo integran, siendo las mujeres sanas las que alcanzaron las puntuaciones más elevadas. Ello indica que la percepción no experimentada de lo que es padecer cáncer, junto con la percepción social que estas mujeres puedan tener sobre la enfermedad, podrían perfilarse como dos de las causas de los resultados obtenidos. En cuanto a los resultados encontrados con el MAC y al análisis de la puntuaciones medias obtenidas, se aprecia que son dos los factores, "Espíritu de lucha" y "Negación", en los que el grupo de mujeres con cáncer obtuvo las puntuaciones más elevadas. La elevación de la puntuación en el primero de ellos quedaría justificada por la percepción como reto anteriormente comentada (Fitzpatrick, 2000; Flórez, 1994; Holland, 1998). De hecho, las intervenciones psicológicas cuya finalidad es promover este factor han demostrado que es posible mejorar la calidad de vida del paciente y su ajuste a la enfermedad (Sebastian, Bueno, Mateos y García, 1999). La elevación en el segundo factor podría deberse a que el grupo de mujeres sanas en la segunda sesión recibió la orden explícita de imaginar que padecían un cáncer, por lo que difícilmente podrían anticipar una negación del mismo. Además, debe recordarse que la negación constituye una de las estrategias de afrontamiento más comunes entre las personas enfermas, no entre las sanas (Holland, 1998; Vickberg, 2000). En lo concerniente a los resultados del ANOVA llevado a cabo sobre el CAQ, si se analizan las medias obtenidas es posible observar que el grupo de mujeres con cáncer obtiene la puntuación más elevada en el factor "Desviación psicopática". La elevación del mismo podría explicarse como consecuencia directa de la reestructuración cognitiva a la que se ven sometidos los pacientes oncológicos tras su diagnóstico (Holland, 1998; Lazarus y Folkman, 1986; Vickberg, 2000). Este factor es entendido como la no afectación de la crítica, y sería comprensible

que a las mujeres con cáncer se les desarrolle un nuevo sentido de los valores en el que las críticas ajenas no ocupen un lugar relevante.

Por último, con relación a los resultados obtenidos al comparar el grupo de mujeres sanas en las dos sesiones a las que fueron sometidas, los datos obtenidos a través del ANOVA del CAEC indican que son las mujeres sanas cuando imaginan tener cáncer las que presentan las medias más elevadas. Ello significa que, al introducir la variable "imaginar tener cáncer", las mujeres sanas se muestran más desadaptadas emocionalmente. Es lógico que las mujeres sanas, cuando imaginan tener cáncer, se diferencien de las puntuaciones obtenidas en su línea base. El que no marquen esas diferencias en el factor "Espíritu de lucha" recogido dentro del MAC puede ser debido a que este cuestionario evalúa dicha variable como una estrategia a seguir ante el afrontamiento de la enfermedad neoplásica. Esto lleva a plantear que las mujeres sanas, aun en situación de imaginar tener cáncer, no son capaces de desarrollar las estrategias cognitivas efectivas como para luchar contra una enfermedad que socialmente es vivida como insuperable.

En los resultados obtenidos con el CAQ, vuelve a ser la situación "imaginar tener cáncer" la que eleva las puntuaciones medias. Que las diferencias encontradas entre los distintos factores se encuadren mayoritariamente dentro de las escalas primarias de depresión permite plantear dos cuestiones: por un lado, que las mujeres sanas parecen percibir que el diagnóstico de cáncer es lo suficientemente perturbador como para alterar anímicamente a una persona, induciéndola a manifestarse deprimida, ansiosa, con poca energía; pero, por otro, no es considerado como lo suficientemente desestabilizador como para provocar en ella una patología psicológica severa. Bajo el punto de vista de las presentes autoras, la anticipación de dichas reacciones está motivada por el conocimiento subjetivo que tienen de la enfermedad. Tal conocimiento estaría íntimamente relacionado con la representación cultural que se tiene del cáncer como una enfermedad dolorosa y mutiladora (Andreu, 1987; Holland, 1998, 2001), con pocas posibilidades de curación y con unas consecuencias físicas y estéticas extremadamente desagradables (Flórez, 1994; Holland, 2001).

En este estudio también se pone de manifiesto cómo las actitudes y expectativas creadas ante

la enfermedad hacen anticipar unas reacciones emocionales desmesuradas ante lo que las mujeres imaginan como una situación altamente angustiada y sobre la que hacen una valoración extraordinariamente fatalista, percepción y actitud que las pacientes diagnosticadas con cáncer son capaces de diluir con el transcurso del tiempo y con el conocimiento tácito y real de la enfermedad a la que se enfrentan. Lo anterior confirmaría la opinión de algunos autores (Holland, 2001; Ibáñez, 1990; McGuire, 1985) que consideran que tras una primera fase, en la que se manifiestan reacciones emocionales tales como depresión y/o ansiedad, posteriormente se tendería a su normalización.

Si se siguen los planteamientos del modelo de autorregulación de Nerenz, Leventhal, Lure y Ringler (1984), el paciente parte de una representación mental de la enfermedad que se conforma con base en el conocimiento objetivo que tiene acerca de la misma y con base en las experiencias previas que haya tenido con ella y que le han generado unas determinadas reacciones emocionales. Investigaciones basadas en este modelo han confirmado los resultados encontrados por estos autores (Brownlee, 1998; Lee, Humphris, Dixon y Hatcher, 1997; Llewelyn, Murray, Johnston y cols., 1999). Relativo a la enfermedad neoplásica, en situaciones críticas —como puede ser el diagnóstico de un cáncer—, este modelo de autorregulación podría quedar invalidado ya que el procesamiento emocional no sería parte interactuante, sino más bien una consecuencia del conocimiento "objetivo". Asimismo, las reacciones emocionales que se producen ante el conocimiento del diagnóstico de cáncer dependen directamente del tipo de conocimiento o representación previa que el paciente tiene sobre dicho diagnóstico (Holland, 2001; Ibáñez y Durá, 1989). Así pues, podría pensarse que una posible causa de la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en los factores que integran el Cuestionario de Adaptación al Cáncer entre el grupo de mujeres con cáncer y el grupo de mujeres sanas (durante la primera sesión) podría ser el tiempo que ha transcurrido desde que fueron diagnosticadas las pacientes, tiempo en el cual se haya posibilitado la adquisición de un conocimiento mucho más objetivo de la enfermedad del que poseían.

De este modo, el procesamiento en paralelo de la información objetiva y de las emociones

que proponen Nerenz y cols. (1984) llegaría a producirse una vez superada esa primera fase que Ibáñez y Durá (1989) denominan “dependencia” del componente emocional del conocimiento y experien-

cias previas con la enfermedad, lo que explicaría por qué no se establecen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los distintos factores que integran este cuestionario.

REFERENCIAS

- Andreu, Y. (1987). *Creación de un cuestionario para pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral no publicada. Valencia: Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics, Universitat de Valencia.
- Bailey, E.J., Erwin, D.O. y Belin, P. (2000). Using cultural beliefs and patterns to improve mammography among African-American women: the witness project. *Journal of the National Medical Association*, 92(3): 136-142.
- Bayés, R. (1999). *Psicología i Càncer*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- Brownlee, S.W. (1998). Perceived vulnerability to illness. *Dissertation Abstract International*, Section B, 58(7-B): 3964.
- Cotton, S.P. (2000). An exploration of the relationship between spirituality and quality of life in women with breast cancer. *Dissertation Abstract International*, Section B, 61(5-B): 2751.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Fife, B.L. y Wright, E.R. (2000). The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1): 50-67.
- Fitzpatrick, C.M. (2000). Re-examining the construct of fatalism in women with breast cancer: stoic resignation versus spiritually focused acceptance. *Dissertation Abstract International*, Section B, 61(5-B): 2756.
- Flórez, J.A. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona: Edikamed.
- Greene, K. (2000). Disclosure of chronic varies by topic and target: the role of stigma and boundaries in willingness to disclose. En S. Petronio (Ed.): *Balancing the secrets of private disclosures*. Mahwah, N.J.: Lawrence Associates Publishers.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Holland, J.C. (2001). Improving the human side of cancer care: psycho-oncology's contribution. *Cancer Journal*, 7(6): 458-471.
- Ibáñez, E. (1990). Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer. En E. Ibáñez (Ed.): *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, E. y Durá, E. (1989). La relación médico-paciente en psicología oncológica. En E. Ibáñez y A. Belloch (Ed.): *Psicología y medicina*. Valencia: Promolibro.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lechner, S.C. (2001). Found meaning in individuals with cancer. *Dissertation Abstract International*, Section B, 61(9-B): 4992.
- Lee, J.C., Humphris, G., Dixon, R. y Hatcher, M.B. (1997). Fear of cancer recurrence: a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrent fears. *Psycho-Oncology*, 6(2): 95-105.
- Llewelyn, S.P., Murray, A.K., Jonston, M., Jonston, D.W., Preece, P.E. y Dewar, J.A. (1999). Group therapy for metastatic cancer patients: report of an intervention. *Psychology Health and Medicine*, 4(3): 229-240.
- Maguire, P. (1985). Treatment of depression in cancer patients. *Acta Psychiatrica Scandinavian*, 320: 81-84.
- Nair, M.G. (2000). Quality of life in cancer of the cervix patients. *International Clinical Psychopharmacology*, 15(supp. 3): 47-49.
- Nerenz, D., Leventhal, H., Lure, R. y Ringler, K.E. (1984). Psychological aspects of cancer chemotherapy. *International Review of Applied Psychology*, 33(4): 521-529.
- Petersen, S. y Benishek, L.A. (2001). Social construction of illness: addressing the impact of cancer on women in therapy. *Women and Therapy*, 23(1): 75-100.
- Rush, L.L. (1998). Affective reactions to multiple social stigmas. *Journal of Social Psychology*, 138(4): 421-431.
- Sebastián, J., Bueno, M., Mateos, N. y García, P. (1999). Evaluación de un programa de intervención de mama. *Boletín de Psicología*, 65: 53-73.
- Strang, S. y Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and “sense of coherence” in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 15(2): 127-134.
- Cuestionario de Análisis Clínico (1987). Madrid: TEA Ediciones.
- Universidad de Navarra (1981). *Protocolos terapéuticos del cáncer de la Clínica Universitaria de Navarra*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- Vestevich, K.C. (1999). An examination of the relationships between health locus of control, health behavior, and body image in breast cancer survivors. *Dissertation Abstract International*, Section B, 59(9-B): 5116.

- Vickberg, S.M. (2000). The possibility of breast cancer recurrence: coping with perceived treats. *Dissertation Abstract International*, Section B, 61(4-B): 2227.
- Watson, M., Greer, S., Bliss, J.M. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale. User's manual*. Cancer Research Campaign, Psychological Medicine Research Group. London: The Royal Marsden Hospital.