

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO INGRESADO Y DEL FAMILIAR CUIDADOR PRINCIPAL

Fabiola Cortés-Funes*; Lidia Abián* y Hernán Cortés-Funes**

* Unidad de Psico-oncología. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

** Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid

Resumen

El presente estudio refleja la relación existente entre la adaptación psicosocial del paciente oncológico y su familiar (cuidador principal) en situación de ingreso. La muestra recogida es de 94 personas (pacientes oncológicos y familiares). Se utilizaron un cuestionario sociodemográfico y clínico; la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) para medir ansiedad y depresión; el Cuestionario de Calidad de vida (CCV) que mide satisfacción general y apoyo social y el APGAR familiar para medir el funcionamiento familiar.

Los resultados indican que la ansiedad del familiar es significativamente superior a la del paciente. El funcionamiento familiar percibido por el paciente correlaciona negativamente con la depresión del familiar, con la puntuación total de la escala y positivamente con la subescala de satisfacción general del familiar. A mayor edad del paciente se observan puntuaciones más elevadas en la subescala de depresión y en el total de la escala del HAD. Los familiares con edades comprendidas entre 35 y 55 años obtienen puntuaciones significativamente superiores en depresión. Tanto los pacientes como los familiares casados presentan niveles significativamente superiores de depresión que los solteros.

Con todo esto concluimos que la adaptación psicosocial del paciente y del familiar es diferente por ello la intervención psicológica durante el ingreso debería centrarse en atender conjunta e individualmente las necesidades del paciente y el familiar: fomentando las redes de apoyo del familiar, facilitando una mejor comunicación con el paciente, reduciendo la ansiedad del familiar y atendiendo a las necesidades físicas, edad y estado civil del paciente.

Palabras clave: Adaptación psicosocial, Paciente oncológico ingresado, Familiar, HAD, CCV, APGAR.

Abstract

The present study looks for the relation between the psychosocial distress experienced by the patient and his family caregiver during the period he is hospitalized. The sample is composed by 94 persons (oncology patients and family caregivers). We have used a sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the "Quality of life Questionnaire" for general satisfaction and social support and the family APGAR for family functioning.

The results indicate that the anxiety of the caregiver is significantly higher than the one of the patient. The family functioning perceived by the patient correlates negatively with the depression and positively with the general satisfaction of the family caregiver. We found a correlation between the age and the depression subscale. In the family caregivers group we confirm that the higher scores in depression appear in ages between 35 and 55. Married patients and caregivers obtain higher punctuation in depression compared to unmarried ones.

We conclude that the patients psychosocial distress differs from the caregivers distress. The psychological intervention should focus on the individual needs of the patient and the caregiver by promoting the social net of the relatives, supplying a better communication with the patient, reducing the caregivers anxiety and attending the demands derived from physical condition, marital status and age.

Key Words: Psychosocial adaptation, Hospitalized oncologic patient, Caregiver Familiar. HAD. Quality of life questionnaire, CCV. APGAR.

Correspondencia:

Fabiola Cortés-Funes.
Unidad de Psicooncología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
28041-Madrid.
E-mail: psiconco@h12o.es

INTRODUCCIÓN

Son muchas las investigaciones en Psico-oncología cuyo objetivo principal está centrado en el estudio de las reacciones emocionales del paciente oncológico fundamentalmente sintomatología ansiógena y depresiva⁽¹⁻⁵⁾. Dentro de los estudios más recientes con población oncológica en nuestro país se encuentra el llevado a cabo por Rodríguez Vega et al⁽⁴⁾ donde se describe cómo un 68% de los pacientes oncológicos reciben diagnóstico de trastorno adaptativo con depresión, ansiedad o mixto, lo cual pone de manifiesto la importancia de la respuesta de estrés en el paciente oncológico ante la enfermedad.

Teniendo en cuenta que otros diagnósticos psicopatológicos no son frecuentes y que aproximadamente el 50% de los sujetos afectados por patología neoplásica presentan respuestas normales de adaptación frente a la enfermedad⁽⁶⁾, consideramos de gran relevancia averiguar o indagar el peso que poseen otra serie de variables que puedan estar influyendo o mediando en la adaptación tanto del paciente como de los familiares que le acompañan durante el proceso. En este sentido el conocimiento de cada uno de estos indicadores podrá ser de gran ayuda en la atención diaria del personal sanitario así como en la labor del psico-oncólogo. De esta manera facilitaremos el manejo de aquellos estresores que acompañan al diagnóstico, el tratamiento, la evolución y la propia situación de ingreso vivenciada por el paciente y su cuidador principal durante la enfermedad neoplásica.

Dentro de los aspectos que más preocupan en la evaluación del paciente oncológico, la "Calidad de Vida"⁽⁷⁾ ocupa un lugar muy relevante. Son numerosos los estudios que se han centrado en este tema y su inclusión en los protocolos de investigación es una buena prueba de la importancia que tiene este concepto que incluye aspectos físicos y psicológicos.

A todas las áreas que afectan al paciente oncológico mencionadas anteriormente se une la constatada evidencia, observada en

la práctica clínica y reflejada en la literatura⁽⁸⁾, del estrés sufrido por el familiar (cuidador principal) que se responsabiliza del paciente, situación de cuidado continuo que se ve acentuada durante el ingreso. Esto ha fomentado que nuestro interés se centre principalmente en el estudio de este sistema dependiente paciente-cuidador principal. Dentro de este análisis psicosocial, fijaremos el foco de atención en la adaptación psicológica (ansiedad y depresión), calidad de vida (satisfacción general y apoyo social), funcionamiento familiar y otras variables sociodemográficas y de la enfermedad.

En lo que respecta a las variables relacionadas con el estado de ánimo, esperamos que la sintomatología de ansiedad de los familiares (cuidadores principales) sea mayor que la observada en el paciente oncológico, tal y como constatan estudios previos de Rodríguez Vega et al⁽⁴⁾ y Rossi Ferrario et al⁽⁹⁾. No obstante consideramos que los niveles de sintomatología depresiva serán similares tanto en el paciente como en el cuidador principal⁽¹⁰⁾.

También nos planteamos como hipótesis que la estructura familiar funcional contribuirá a que los familiares vean reducidos sus niveles de depresión, no sucediendo esto a la inversa. En el caso del cuidador principal, el tener una adecuada visión de su familia y de su estructura familiar aumenta su satisfacción general⁽¹¹⁻¹³⁾. Atendiendo a las variables sociodemográficas, la condición de estar casado del paciente pensamos que le protegerá de sufrir altos niveles de depresión y de ansiedad⁽¹⁴⁾. En lo concerniente al género, las mujeres presentarán mayores niveles de distrés que los varones^(15, 16). Finalmente consideramos que los pacientes con edad avanzada, presentarán mayores niveles de sintomatología ansiógena y depresiva, así como menor apoyo social⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

MÉTODO

Sujetos

La muestra está compuesta por pacientes y cuidadores principales que ingresaron en el

Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid (España), durante el año 2002. El criterio de inclusión fue la capacidad física y psicológica para contestar al protocolo. La participación en este estudio tanto de los pacientes como de los cuidadores principales fue voluntaria, llevándose a cabo la administración del protocolo en situación de ingreso, aplicándosele en formato de entrevista por dos psicólogos entrenados previamente y de manera independiente al paciente y al familiar.

Dicho protocolo consta de dos partes: la primera de ellas recoge información sociodemográfica de ambos y algunos aspectos de la enfermedad del paciente; y la segunda consta de tres escalas que miden estado de ánimo, calidad de vida (apoyo social y satisfacción general) y estructura familiar.

La muestra total de la investigación está compuesta por 54 pacientes oncológicos y 45 familiares. El grupo de pacientes está compuesto por 29 (52,8%) hombres, y 25 (47,2%) mujeres, con una edad media de 50 años. El 81% de los sujetos están casados, el 42% vive con su pareja e hijos, el 44% tiene estudios primarios y la puntuación media en el índice de Karnofsky es de 78. La muestra de los familiares está formada por 13 (28%) hombres y 32 (71%) mujeres, con una edad media de 47 años, el 84% están casados y viven con el paciente. La mitad de los familiares se han visto obligados a alterar su actividad laboral desde el diagnóstico (Ver Tabla 1).

DISEÑO

El diseño fue transversal para describir la situación de ingreso de los pacientes. Los datos eran recogidos en algún momento dentro de los 3 primeros días de ingreso del paciente en la Unidad de Oncología Médica, siempre que su situación física lo permitiera y voluntariamente accediera a participar en el estudio.

Instrumentos de evaluación

Se hizo uso de un protocolo de evaluación psicosocial elaborado para la presen-

te investigación que fue administrado tanto al paciente como al familiar; dicho protocolo consta de las siguientes escalas y cuestionarios:

1. Cuestionario sociodemográfico y datos clínicos: Se trata de un cuestionario que recoge datos sociodemográficos tanto del paciente como del familiar (edad, sexo, estado civil, personas que conviven, nivel educativo y situación laboral). También se recogen aspectos clínicos, en el caso del paciente, concernientes al diagnóstico, estadio, clasificación TNM, tratamiento oncológico recibido en la actualidad, grado de información sobre el diagnóstico y el tratamiento; y finalmente la evaluación del índice de actividad que el oncólogo realiza sobre el grado de autonomía y cuidados médicos que precisa el enfermo en situación de ingreso debido a las limitaciones de la enfermedad (escala de Karnofsky).

2. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)⁽²⁰⁾: Se trata de una escala para evaluar la ansiedad y la depresión dividida en dos subescalas. Ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas⁽²¹⁾, siendo utilizada en múltiples estudios y validada en población española oncológica por López-Roig et al⁽²²⁾. En nuestra investigación hemos hallado un alfa de Cronbach que va del 0,53 al 0,84, según la subescala, consideramos que es aceptable para ser utilizada. (Ver Tabla 2)

3. Cuestionario de Calidad de Vida (CCV)⁽²³⁾: Este cuestionario evalúa la satisfacción del individuo en las siguientes cuatro dimensiones: Apoyo Social (9 ítems), Satisfacción General (13 ítems), Bienestar Físico/Psicológico (7 ítems) y Distensión laboral/ Tiempo libre (6 ítems); de los cuales tan sólo fueron utilizadas las dos primeras por ser las que mejor se adecuaban a los objetivos de nuestro estudio. Se trata de una buena herramienta para evaluar la calidad de vida y ofrece una adecuada fiabilidad, validez, así como razonable sensibilidad al cambio. Sus adecuadas cualidades psicométricas le legitiman como un instrumento genérico para evaluar la subjetiva calidad de vida en poblaciones tanto sanas como

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra

	Paciente oncológico (N=54)	Familiar (cuidador principal) (N=45)
Sexo	52,8% hombres	28% hombres
	47,2% mujeres	71% mujeres
Edad	Media =50 años	Media =47 años
Estado civil	81% casados	84% casados
	17% solteros	15,6 % solteros
Relación		63,3% pareja
		15,9% hijo
		13,6% padre/madre
		6,8% hermano/a
Convivencia familiar	42% pareja e hijos	84% con el paciente
	34,6% solo con la pareja	15% no convive con el paciente
	7,7% padres y hermanos	
Nivel educativo	7,7 % sin estudios	
	44,2 % estudios primarios	
	25% estudios secundarios	
	23,1% universitarios	
Actividad laboral	32,7% de baja	9,1% de baja
	23,1% s.l.	27,3% s.l.
	17,3% jubilado	15,9% jubilado
	13,5% en activo	29,5% en activo
	7,7% estudiante	6,8% estudiante
	3,8% desempleado	6,8% desempleado
		68,2% no han alterado su actividad laboral por la enfermedad
Estadio	23,3% I y II	
	23,3% III	
	53,3% IV	
Karnofsky	Media = 78%	

patológicas. Se considera una herramienta útil principalmente en tres áreas: discriminación, evaluación y predicción.

4. El APGAR familiar (APGAR)⁽²⁴⁾: Este instrumento constituye una herramienta

rápida que permite hacer un screening acerca del funcionamiento de la familia del sujeto evaluado. Las áreas que se evalúan son cinco: adaptabilidad, relación o asociación, crecimiento, afecto y resolución.

Tabla 2. Análisis psicométrico. fiabilidad: alfa de cronbach

	Paciente	Familiar	Otras investigaciones
Ansiedad (HAD)	0,76	0,77	0,8526
Depresión (HAD)	0,77	0,53	0,8726
Total (HAD)	0,84	0,71	-----
Satisfacción General (CCV)	0,70	0,82	0,9023
Apoyo Social (CCV)	0,80	0,79	0,8023

Según Bellón et al⁽¹⁷⁾, se trata de una herramienta rápida y fiable. Los índices de la escala global test-retest son de 0,86 y 0,81 para cada grupo, mientras que la correlación ítem-escala se sitúa entre 0.61 y 0.71. Su consistencia interna explica el 61,9% de la varianza.

Análisis estadísticos

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS para Windows, versión 10.0. Para este análisis recurrimos a diferentes pruebas estadísticas como el contraste de medias, la correlación de Pearson y el análisis de varianza. El análisis de los instrumentos lo realizamos a través del alfa de Cronbach. (Ver Tabla 2).

RESULTADOS

Los resultados de los análisis estadísticos se exponen en las tablas 3, 4, 5, y 6.

La media obtenida en la subescala de depresión del paciente es de 5,94, y la del familiar cuidador principal de 6,77; ambas por encima del punto de corte de 4, pero sin diferencias significativas entre ellas. Sin embargo la media para la subescala de ansiedad en el cuidador principal es 10,86, lo que la sitúa por encima del punto de corte de 9⁽²⁵⁾ siendo significativamente superior a la del paciente que es 6,88 ($t = -3,824$; $p = 0,000$).

La percepción que poseen tanto el paciente (9,02) como el familiar⁽⁹⁾ acerca de cómo es el funcionamiento de su familia correlaciona significativamente ($r = 0,405$; $p = 0,009^{**}$) como era esperable. El APGAR del paciente correlaciona negativamente con la subescala de depresión del HAD del familiar ($r = -0,301^*$; $p = 0,050$), y con la puntuación total del HAD del familiar ($r = -0,324^{**}$; $p = 0,034$). Del mismo modo correlaciona significativamente con la

Tabla 3. Análisis descriptivo de los test

	PACIENTE					FAMILIAR					Punto de corte
	N	Min.	Max.	Desv. Tip.	Media	N	Min.	Max.	Desv. Tip.	Media	
Ansiedad (HAD)	50	0	15	4,10	6,88	44	2	20	4,26	10,86	9 ²⁶ (8-11) ^d
Depresión (HAD)	50	0	16	4,21	5,94	44	0	18	4,19	6,77	4 ²⁶ (8-11) ^d
Total HAD	50	2	31	7,26	12,84	44	5	37	7,79	17,64	
Satisfacción General (CCV)	50	19	44	6,28	33,20	43	15	46	7,62	31,95	
Apoyo Social (CCV)	50	22	45	5,41	38,60	42	25	45	5,71	37,57	
Funcionamiento Familiar (APGAR)	50	4	10	1,52	9,02	42	4	10	1,45	9,00	>6 funcional

Tabla 4. **Análisis de variables psicosociales**

Paciente		Familiar		Análisis estadístico		
Ansiedad (HAD)		Ansiedad (HAD)		t= -3,824	p=0,000	Contraste de medias Correlación de Pearson
Funcionamiento familiar (Apgar)		Depresión (HAD)		r= -0,301*	p=0,050	
		Total HAD		r= -0,324*	p=0,034	
		Satisfacción general (CCV)		r= 0,401**	p=0,008	
Funcionamiento familiar (Apgar)		Funcionamiento familiar (Apgar)		r= 0,405**	p=0,009	
Satisfacción (CCV)		Satisfacción general (CCV)		r= 0,454**	p=0,003	
Satisfacción general (CCV)		Apoyo social (CCV)		r= 0,328*	p=0,036	
Apoyo social (CCV)		Satisfacción general (CCV)		r= 0,411**	p=0,07	
		Satisfacción general (CCV)	Apoyo social (CCV)	r= 0,496**	p=0,001	
Satisfacción general (CCV)	Apoyo social (CCV)			r= 0,361	p=0,10	
** correlación significativa al nivel 0,01 * correlación significativa al nivel 0,05						

Tabla 5. **Análisis de variables sociodemográficas y psicosociales del familiar**

Edad	Depresión (HAD) Media	Análisis estadístico		
15-35	3,22 (N=9)	F = 4,649	p=0,017	ANOVA
36-55	8,44 (N=18)			
56-75	6,50 (N=8)			
Estado civil	Depresión (HAD) Rango promedio	Análisis estadístico		
Casado	24,26	Z = -2,096	p = 0,036	U de Mann Whitney
Soltero	13,21			

subescala de Satisfacción General en la Escala de Calidad de Vida del familiar ($r = 0,401^{**}$; $p = 0,008$), por lo que podemos concluir que la percepción que el paciente tiene de su familia influye en el estado de ánimo del familiar y en su calidad de vida.

La subescala de Satisfacción General de la Escala de Calidad de Vida del paciente correlaciona con la misma escala del familiar ($r = 0,454$; $p = 0,003^{**}$), por lo que la intervención con el familiar influirá positivamente en la calidad de vida del paciente y viceversa.

Tabla 6. Análisis de variables sociodemográficas y psicosociales del paciente

Edad	Depresión (HAD)		r=0,486**	p=0,000	Correlación de Pearson
	Total (HAD)		r=0,336*	p=0,018	
Estado civil	Depresión (HAD)				
	Casados	Rango promedio = 28,19 N = 40	Z=-3,305	p=0,001	U de Mann Whitney
	Solteros	Rango promedio = 10,83 N= 9			
	Total HAD				
	Casados	Rango promedio = 27,76 N=40	Z=-2,861	p=0,004	U de Mann Whitney
	Solteros	Rango promedio = 12,72 N=9			
	Funcionamiento familiar (APGAR)				
	Casados	Rango promedio = 26,94 N=40	Z = 2,228	p = 0,026	U de Mann Whitney
	Solteros	Rango promedio = 16,39 N=9			

La subescala del Apoyo Social del paciente correlaciona significativamente con la subescala de Satisfacción General del familiar en la escala de Calidad de Vida ($r=0,411^{**}$; $p=0,07$). Cuando el paciente recibe buen apoyo social la familia tiene una mejor calidad de vida, no ocurriendo lo mismo al contrario.

Las dos subescalas del test de Calidad de Vida del familiar correlacionan significativamente ($r=0,496^{**}$; $p=0,001$), ocurriendo lo mismo en el caso del paciente, pero con una menor significación ($r=0,361$; $p=0,10$).

Con respecto a la edad encontramos que aquellos familiares que poseen una edad comprendida entre los 36 y 55 años, presentan una puntuación en la subescala de depresión del HAD significativamente superior (Media=8.44) a la observada en otros intervalos de edad inferiores y superiores (ver tabla 5). Este resultado se puede atribuir a numerosas circunstancias que se dan en este rango de edad: estado civil, hijos, trabajo... Harían falta nuevas investigaciones para aclarar este punto. Al analizar la influencia de la edad en los pacien-

tes, encontramos que cuanto mayor es la edad, mayores son también los índices o puntuaciones presentadas tanto en la subescala de la depresión del HAD ($r=0,486^{**}$; $p=0,000$), como en el total del HAD ($r=0,336^{*}$; $p=0,018$) (ver tabla 6). En los pacientes de edad avanzada se añaden otros problemas físicos característicos de esta edad.

En cuanto al estado civil encontramos que el grupo de familiares que estaban casados presentaban índices en la subescala de depresión de HAD significativamente superiores a las de los familiares solteros ($Z=-2,096$; $p=0,036$). Lo mismo comprobamos que sucedía en la muestra de pacientes para la subescala de depresión del HAD ($Z=-3,305$; $p=0,001$) y para el total del HAD ($Z=-2,861$; $p=0,004$). La percepción del funcionamiento familiar es diferente significativamente en función del estado civil ($Z=-2,228$; $p=0,026$).

Finalmente mencionar que no se encontraron diferencias significativas en estado de ánimo, calidad de vida, ni funcionamiento familiar en función del género y situación laboral ni en el caso del

paciente ni en el del familiar. En el caso del paciente no encontramos relación entre las variables psicosociales sujeto de estudio y el nivel educativo, tratamiento oncológico recibido, nivel de información acerca del diagnóstico y tratamiento o estadio de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El presente estudio arroja algo de luz a la relación existente entre la adaptación psicológica del paciente y del familiar durante el ingreso.

En primer lugar destacar la importancia de corroborar la hipótesis de que la sintomatología de ansiedad observada en el familiar es superior a la presentada en el paciente oncológico en situación de ingreso, tal y como plantean estudios anteriores⁽⁴⁾.

Con respecto a la estructura familiar, se observa que cuando el paciente tiene una percepción de su estructura familiar como funcional, el familiar presenta menores índices de depresión. Sin embargo no se comprobó que la visión del cuidador sobre el funcionamiento de su familia influya en el estado de ánimo del paciente.

Con respecto a la relación posible entre las variables de funcionamiento familiar y calidad de vida se pueden concluir los siguientes aspectos: cuando el paciente tiene una buena percepción de su familia, también la posee el familiar y viceversa. Lo mismo sucede en el caso de la calidad de vida de ambos, siendo medidas dependientes la una de la otra, sobre todo en el familiar. Diríamos que tanto la calidad de vida del paciente como la del familiar se ven afectadas; en el caso del paciente por la situación de ingreso y en el caso del familiar por los niveles elevados de sintomatología ansiógena que presenta (superiores a los del paciente) por diversos motivos no concretados en este estudio.

Por otro lado, se comprueba que cuando la estructura familiar percibida por el paciente es funcional, se genera una mejor satisfacción general en el familiar, al mismo

tiempo que éste se interesa y preocupa más por sus redes de apoyo social. Sin embargo es necesario apuntar que puede que estos hallazgos estén influidos por cuestiones de género, aunque en este estudio no se ha podido comprobar.

Atendiendo a las variables sociodemográficas, destacar cómo para el paciente el factor edad es una variable de gran peso. A mayor edad, el paciente presenta niveles mayores de sintomatología depresiva. Sin embargo en el familiar esto se da en el rango de edad medio. En este sentido sería interesante analizar otra serie de variables propias de la edad que puedan estar influyendo como la sintomatología debida a otras patologías.

Con respecto al estado civil podemos concluir que la condición de estar casado o soltero influye en la manera de enfrentarse a la enfermedad. Tanto al paciente como al familiar la condición de estar casado no le protege de la sintomatología depresiva.

A la luz de estos resultados podemos comprobar cómo la manera de comportarse tanto del paciente como del familiar responsable de éste durante el ingreso es sustancialmente diferente; es por ello que la intervención psicológica en el ámbito oncológico debería ir encaminada a favorecer el ajuste psicosocial tanto del paciente como del familiar. Los síntomas de la familia no deben ser desestimados, ya que hemos podido comprobar cómo su estado anímico afecta al del paciente y viceversa.

Por tanto, en el caso del paciente se hará imprescindible una adecuada asistencia médica, atendándose fundamentalmente sus necesidades tanto en el plano físico como psicológico, donde la intervención terapéutica posibilite el que el paciente tenga un adecuado soporte emocional, apoyo social y una adecuado funcionamiento familiar. En el caso de los familiares, es fundamental que mantengan una buena comunicación con el paciente, y se perciban asimismo como personas beneficiosas para éste durante la situación de ingreso, lo que reducirá considerable-

mente la ansiedad presentada por los familiares.

Podemos concluir que este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar se trata de una investigación donde es notoria la alta mortandad experimental de la muestra y la pérdida de información concerniente a aspectos médicos del paciente, lo que ha limitado parte de los análisis. Una muestra de mayor tamaño habría ayudado a dar mayor firmeza a algunas afirmaciones tan solo esbozadas en el presente estudio.

Queremos agradecer la colaboración prestada por el Dr. Gonzalo Aza en el asesoramiento estadístico, a la Dra. Almudena Olivares en el diseño de la investigación y a los alumnos del Master de Psico-Oncología de la Universidad Complutense de Madrid en la recogida de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aass N, Fossci SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of Anxiety and Depression in Cancer Patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer* 1977; 33 (10): 1597-604.
2. Härter M., Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A, et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37: 165-76.
3. Smith AB, Selby PJ, Velikova G, Stark D, Wright EP, Gould A et al. Factors analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychol Psychother* 2002; 75: 165-76.
4. Rodríguez Vega B, Ortíz Villalobos A, Palao Tarrero A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Anxiety and Depression Symptoms in a Spanish Oncologic Sample and their Caregivers. *Eur J Psychiatry* 2002; 16 (1): 27-37.
5. Smith AB, Selby PJ, Velikova G, Stark D, Wright EP, Gould A et al. Factors analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychol Psychother* 2002; 75: 165-76.
6. Olivares ME, Cruzado JA. Tristeza y depresión en el cáncer. En: FG Palmero, E Fernández-Abascal, coordinadores. *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel, 1998; p.143-89;
7. Andersen BL. Psychological Interventions for cancer patients to enhance the quality of life. En: RM Suinn, GR Vanden Bos. *Cancer Patients and their families: Readings on disease course, coping, and psychological interventions*. American Psychological Association, 1999; p. 131-62.
8. Baider L, Cooper CL, Kaplan De-Nour T. *Cancer and the family*. Chichester: Wiley. 1996.
9. Rossi Ferrario S, Zotti AM, Massara G, Nuvolone G. A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psychooncology* 2003; 12 (1): 1-7.
10. Given CW, Stommel M, Given B, Osuch J, Kurtz ME, Kurtz JC. The influence of cancer patients' symptoms and functional states on patients' depression and family caregivers' reaction and depression. *Health Psychol* 1993; 12 (4): 277-85.
11. Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, et al. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *J Psychosom Res* 2002; 52 (5): 279-83.
12. Powazki RD, Walsh D. Family distress in palliative medicine: a pilot study of the family APGAR scale. *Am J Hosp Palliat Care* 2002; 19 (6): 392-96.
13. Blandchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC. The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology (Huntingt)* 1997; 11 (2): 189-94.
14. Weissman M. Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *Am J Public Health* 1987; 77: 445-51.
15. Ell KG, Nighimoto RH, Mantel JE, Hamovitch MB. Psychological adaptation to cancer; a comparison among patients, spouses and non spouses. *Fam Syst Med* 1988; 6: 335-48.
16. Cassileth BR, Lusk EJ, Brown LL, Cross PA, Walsh WP, Hurwitz S. Factors associated with psychological distress in cancer patients. *Med Pediatr Oncol* 1986; 14 (5): 251-54.
17. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18 (6): 289-96.
18. Given B, Keilman C. Cancer in the elderly population: research issues. *Oncol Nurs Forum* 1990; 17: 121-23.

19. Ganz PA, Schag CC, Heinrich RL. The psychological impact of cancer on the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 429-35.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
21. Moorey S, Greer S, Watson M, Gorman C, Rowden L, Tunmore R et al. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 255-59.
22. López-Roig S, Terol MC, Neipp MC, Leyda I, Massuti B, Picó C et al. Assessing anxiety and depression with HAD scale in a spanish cancer population: A preliminary validation study. *Psychooncology* 1998; 7 (suppl).
23. Ruiz MA, Baca E. Design and Validation of the "Quality of life Questionary": A Generic Health- Related Quality of life Instruments. *Eur J Psychol Assess* 1993; 9 (1): 19-32.
24. Smilkstein G, Moore WR. The Apgar Questionnaires. Screening for social support: family, friends and work associates, 1988 (not published).
25. López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massuti B. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Rev de Psicol Salud* 2000; 12 (2): 127-55.
26. Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CE, Given B. Physical functioning and depression among older persons with cancer. *Cancer Pract* 2001; 9 (1): 11-8.