

FACTORES PREDICTORES DEL ABANDONO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Nuria Sánchez*, Ana Torres*, Natalia Camprubí**, Ángela Vidal*, Manel Salamero*

*Instituto Clínico de Neurociencias. Servicio de Psicología Clínica. Corporación Sanitaria Clinic. Barcelona.

**Institut d'Assistència Sanitaria, Unitat de TMS. SALT (Girona)

Resumen

Analizar las variables socioeconómicas, médicas y de afrontamiento que predicen el abandono del tratamiento psicológico grupal en una muestra de pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama. La muestra consistió en 62 pacientes con cáncer de mama, que estaban realizando tratamiento oncológico y que fueron incorporadas a un programa de intervención psicológica grupal. En la entrevista previa a la incorporación se recogió información socioeconómica, médica y durante la primera sesión, se administró una batería de cuestionarios a las participantes (COPE, GHQ-12, EORTC-QLQ-C-3.0). A lo largo de las sesiones se registró la asistencia de las pacientes. Una vez finalizado el tratamiento, se dividió la muestra en dos grupos: pacientes que habían completado el grupo (asistencia de un mínimo del 60% de las sesiones), y pacientes que no lo habían completado. Se analizaron las diferencias entre los dos grupos y las variables que resultaron significativas en el análisis bivariable fueron introducidas en el modelo de regresión logística. La tasa de abandono obtenida en nuestro estudio fue del 27,5%. Las variables predictoras del cumplimiento del tratamiento psicológico en el modelo de regresión logística fueron el emplear la planificación como estrategia de afrontamiento al estrés, y un mayor nivel educativo. La edad, el estado psicopatológico y la calidad de vida no resultaron variables relevantes en la predicción del abandono del tratamiento.

El nivel educativo y el estilo de afrontamiento son variables importantes a tener en cuenta en los estudios sobre abandono en intervenciones psicológicas grupales dirigidas a pacientes con cáncer.

Palabras clave: Cáncer de mama, abandono del tratamiento psicológico, adherencia al tratamiento psicológico, estrategias de afrontamiento.

Abstract

Between these To examine the socioeconomic, medical and coping factors that may predict dropping out of group psychotherapy in a sample of women recently diagnosed of breast cancer.

62 breast cancer patients undergoing oncologic treatment and attended a group psychotherapy program were included in the study. In the assessment interview we obtained information about their socioeconomic and clinical situation. During the first group session, a battery of questionnaires (COPE, GHQ-12, EORTC-QLQ-C-3.0) we administered to the participants. Patient assistance to the sessions was registered throughout the treatment. The sample was divided into 2 groups at the end of treatment: patients who had completed the therapy (assistance to a minimum of 60% of the sessions) and those who did not reach this threshold of assistance. The differences 2 groups were analysed and logistic regression with significant variables in bivariate analysis was performed. Drop out rate observed in the study was 27.5%. Higher educational level and the use of planning as a coping strategy were associated with better psychotherapy compliance in the logistic regression model. Age, psychopathological state and quality of life did not show significance as predictors of dropping out of treatment.

Educational level and coping strategies are important factors to take into account in further studies about drop out rates in group psychotherapies for cancer patients.

Keywords: Breast cancer, dropout of psychological treatment, adherence of psychological treatment, coping strategies.

Correspondencia:

Manel Salamero
 Instituto Clínico de Neurociencias. Servicio de Psicología Clínica
 Corporación Sanitaria Clinic
 C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona
 E-mail: salamero@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un importante problema de salud, dada su elevada frecuencia, mortalidad y creciente incidencia. Los avances en la detección precoz y el tratamiento han conducido a un aumento de la supervivencia libre de enfermedad, por lo que es importante conocer los aspectos asociados a la calidad de vida y la adaptación psicológica a largo plazo. A pesar de la mejoría del pronóstico, el diagnóstico de cáncer de mama y los efectos secundarios asociados al tratamiento siguen suscitando un importante malestar psicológico. Según un estudio realizado con pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama aproximadamente un 45% presenta algún diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM-IV⁽¹⁾.

Algunos estudios muestran que este malestar psicológico puede prolongarse hasta 1⁽²⁾ o 2 años posteriores al diagnóstico^(3,4). Dada la elevada prevalencia de alteraciones psicológicas a corto y largo plazo, existe una creciente necesidad de conocer los factores que modulan la adaptación psicológica de pacientes con cáncer de mama.

Durante las últimas décadas han proliferado los estudios sobre tratamientos psicológicos dirigidos a mejorar la adaptación a la enfermedad, especialmente aquellos que utilizan un formato grupal. Según Newell et al.⁽⁵⁾ las intervenciones psicológicas son más beneficiosas si son a medio y largo plazo y si se realizan en un formato grupal utilizando programas psicoeducacionales, cognitivo-conductuales y técnicas de counselling. Los programas de intervención psicológica grupal han mostrado eficacia en la reducción del malestar emocional^(6,7) y una mejoría en la calidad de vida^(8,9), así como en el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas^(9,12). Los beneficios tienden a mantenerse, en la mayoría de estudios, a los seis meses^(9,11,13-15) y al año postratamiento^(10,12). Todos estos hallazgos llevan a algunos autores a proponer el tratamiento psicológico como un tratamiento "coadyuvante" al tratamiento médico en pacientes con cáncer^(16,17).

La mayoría de estos tratamientos psicológicos van dirigidos a minimizar el impacto emocional asociado al diagnóstico y tratamiento y a prevenir problemas en la adaptación futura. Generalmente el criterio de inclusión viene determinado por variables relacionadas con la enfermedad, como la localización del tumor y el pronóstico, así como la voluntad de participación por parte del paciente.

Según diferentes estudios, la participación depende del grado de accesibilidad y facilidad para recibir el tratamiento⁽¹⁸⁻²⁶⁾, *menor edad*⁽²⁷⁻²⁹⁾, *alto nivel educativo*^(28,29), *mayor malestar psicológico* junto con el *deseo de obtener ayuda e información sobre la enfermedad*^(27,30) y *afectación moderada de la calidad de vida*⁽²⁹⁾.

A pesar de que la mayoría de pacientes se muestran satisfechos con la atención psicológica recibida, una proporción de ellos abandonan el tratamiento de forma prematura. Estudiar el abandono prematuro del tratamiento es importante por diferentes motivos. En primer lugar, aquellos pacientes que no completan el tratamiento pueden no experimentar una mejoría de los síntomas⁽³¹⁻³³⁾. En segundo lugar, el abandono de algunos miembros del grupo puede afectar a la dinámica de grupo, ya que generalmente los grupos se crean con un número óptimo de pacientes que facilitan la participación de todos los miembros y además permite trabajar adecuadamente el contenido de cada sesión. Y finalmente, el abandono prematuro representa un problema fundamental en el momento de evaluar la eficacia y generalización de los resultados⁽³⁴⁾.

Hasta el momento actual, existe escasa literatura sobre el abandono prematuro del tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Según los estudios realizados en pacientes con enfermedades crónicas alrededor de un 33% no completan los programas de intervención psicológica⁽³⁵⁻³⁹⁾. El abandono prematuro del tratamiento conductual en población médica está asociado a ser *joven*^(40,41), tener un *bajo nivel socioeconómico*⁽⁴²⁾, presentar *sintomatología depresiva*^(43,44) y contar con un *buen apoyo*

socia⁽⁴⁵⁾. El formato del tratamiento psicológico también parece estar relacionado con la tasa de abandono: los programas de tratamiento de tiempo *limitado, estructurados, estandarizados y empíricamente validados*, presentan menores tasas de abandono^(46, 47).

Hasta el momento actual, los estudios sobre abandono de tratamiento se han centrado en el análisis de variables socio-demográficas y clínicas pero existe escasa literatura respecto a la influencia de variables psicológicas estables como los estilos de afrontamiento ante el estrés. El objetivo de nuestro estudio es identificar variables socio-demográficas, médicas y de afrontamiento que predican el abandono del tratamiento psicológico grupal en una muestra de pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama.

MÉTODO

Sujetos

La muestra está constituida por 62 mujeres, remitidas a la Unidad de Psiconcología del Hospital Clínic de Barcelona, procedentes de los servicios de Oncología, Ginecología, Radioterapia y Rehabilitación del mismo hospital y que participaron en un programa de intervención psicológica grupal dirigido a manejar el estrés asociado al proceso de tratamiento. Todas las participantes habían sido diagnosticadas recientemente (entre 2 y 6 meses) de cáncer de mama, en estadios iniciales (I o II), habían sido intervenidas quirúrgicamente y estaban realizando tratamiento adyuvante con quimioterapia o radioterapia. En la entrevista clínica previa a la inclusión al grupo, ninguna de ellas presentaba diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM-IV⁽⁴⁸⁾.

Procedimiento

Las participantes en el estudio fueron evaluadas mediante la siguiente batería de cuestionarios en la primera sesión de tratamiento psicológico grupal:

COPE⁽⁴⁹⁾. Cuestionario autoaplicado diseñado para medir respuestas de afrontamiento, tanto situacional (cómo hacer frente a un problema específico en un período de tiempo determinado) como disposicional (qué se hace habitualmente para afrontar situaciones estresantes). Consta de 60 ítems, tipo likert, con 4 alternativas de respuesta, que se agrupan en 15 estrategias de afrontamiento que, a su vez, se agrupan en tres tipos de estrategias de afrontamiento: *afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción, y estrategias evitativas*. En nuestro estudio utilizamos la versión disposicional.

GHQ⁽⁵⁰⁾. Cuestionario de salud general de Goldberg, cuestionario autoaplicado diseñado para detectar alteraciones psiquiátricas no-psicóticas en el contexto comunitario, validado en población española⁽⁵¹⁾.

EORTC-QLQ-C30⁽⁵²⁾, adaptación española⁽⁵³⁾. Cuestionario de Calidad de Vida específicamente diseñado para pacientes oncológicos. Consta de 30 ítems que se agrupan en cinco dimensiones funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y de rol); tres dimensiones de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos), una dimensión global de calidad de vida; e ítems individuales relacionados con síntomas de enfermedad y tratamiento. Una mayor puntuación en las escalas funcionales indica una mayor calidad de vida, mientras que, una mayor puntuación en las escalas de síntomas indica una peor calidad de vida. Para el análisis se emplearon únicamente la puntuación funcional global y la puntuación de síntomas global.

Programa de intervención psicológica grupal

El programa de intervención consistía en 10 sesiones, de una hora y media de duración, en formato psicoeducativo y estructurado. A lo largo del tratamiento se profundiza en el aprendizaje del modelo del estrés y la identificación de los tipos de métodos de afrontamiento (*activo-conductual, activo-cognitivo y*

evitativo), mediante el empleo de un material visual que hace referencia a diferentes situaciones habituales en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Como estrategias de afrontamiento específicas se entrena en relajación (mediante un método de visualización, respiración controlada, o relajación muscular de Jacobson), así como en la resolución de problemas, y en técnicas de control de pensamientos y reestructuración cognitiva.

vención psicológica, consideramos que el criterio de porcentaje de asistencia era el que mejor reflejaba el abandono en nuestro caso. A lo largo de todas las sesiones se registró la asistencia de las pacientes. Dado que la mayoría de pacientes, no asistían a un promedio de 3-4 sesiones por motivos médicos, para distinguir aquellas pacientes que habían completado el grupo de las que abandonaron se estableció un criterio mínimo de asistencia (60%).

Definición de abandono

Dado que no existe un consenso sobre definición de abandono en programas de inter-

Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS para Windows,

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MEDIA O %
Edad ⁽¹⁾	50,16 (9,33)
Nivel educativo	
Estudios primarios	27,8%
Estudios secundarios	35,2%
Estudios superiores	37%
Estado civil	
Soltera	21,4%
Casada	69,6%
Separada/divorciada	7,1%
Viuda	1,8%
VARIABLES CLÍNICAS	
Tipo intervención quirúrgica	
Conservadora	60,4%
Mastectomía	39,6%
Tipo tratamiento oncológico recibido	
No tratamiento	1,7%
Quimioterapia	28,3%
Radioterapia	5%
Quimioterapia y radioterapia	65%
GHQ ⁽¹⁾	6,70 (5,47)
EORTC ⁽¹⁾	
Escala total funcionamiento	68,06 (18,67)
Escala total síntomas	22,29 (14,79)
⁽¹⁾ Media y desviación típica (entre paréntesis).	

versión 10.0. Se analizaron las diferencias halladas entre las pacientes que completaron el tratamiento y las que abandonaron respecto a variables socioeconómicas (edad, convivencia, nivel de estudios), clínicas (tipo de intervención quirúrgica, tipo de tratamiento) de calidad de vida (EORTC) y psicológicas (COPE), previas a la realización de la intervención psicológica. Se efectuaron pruebas de comparación de medias para variables cuantitativas y χ^2 para variables cualitativas. Se consideró estadísticamente significativa aquella diferencia con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Las variables que obtuvieron significación estadística en el análisis bivalente fueron introducidas en el modelo de regresión logística por pasos sucesivos, considerando como variable dependiente el abandono prematuro del tratamiento (sí/no).

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La media de edad fue de 50,16 años, con un rango de 29-70 años. La mayoría de las mujeres estaban casadas. En cuanto al nivel de estudios, los porcentajes se repartían de modo equivalente entre mujeres con estudios secundarios y superiores, con un porcentaje ligeramente inferior en

el caso de las mujeres con estudios primarios. A la mayoría de pacientes se le había practicado cirugía conservadora. La gran mayoría de la muestra recibió tratamiento oncológico con quimioterapia y posteriormente radioterapia. La media de la puntuación en el GHQ fue de 6,70. Las puntuaciones en Calidad de Vida de la totalidad de la muestra indican un buen nivel de funcionamiento en todos sus ámbitos (68,06 sobre un total de 100), y un nivel de síntomas relativamente bajo (22,29 sobre un total de 100).

Variables asociadas al abandono

La tasa de abandono obtenida en nuestro estudio fue del 27,5%. No se hallaron diferencias en cuanto a la edad entre las pacientes que completaron el tratamiento frente a las que no lo completaron. Sin embargo, el abandono fue más frecuente entre las pacientes casadas ($p < 0,05$), y con estudios primarios ($p < 0,001$).

Ni el tipo de intervención quirúrgica ni el tratamiento médico recibido diferenció de un modo estadísticamente significativo ambos grupos de pacientes. Tampoco se halló una relación entre el estado psicopatológico (GHQ-24) y la calidad de vida inicial (EORTC) y el abandono del tratamiento.

Tabla 2. Relación entre variables sociodemográficas y abandono

	Completan grupo (Media o %)	Abandonan grupo (Media o %)	Sig.
Edad ⁽¹⁾	49,11 (9,20)	51,50 (9,81)	ns
Estado civil:			
Casadas	51,4 %	85,7 %	*
Separadas/divorc./viudas	48,6 %	14,3 %	
Nivel estudios:			
Primarios	10,8%	71,4%	***
Secundarios/superiores	89,2%	28,6%	
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$			
⁽¹⁾ Media y desviación típica (entre paréntesis) según grupo.			

Tabla 3. Relación entre variables clínicas y de Calidad de Vida y abandono

	Completan grupo (Media o %)	Abandonan grupo (Media o %)	Sig.
Tipo intervención quirúrgica:			
Mastectomía	35,5 %	40,0 %	ns
Conservadora	64,5 %	60,0 %	
Tipo tratamiento:			
Quimioterapia	26,5 %	30,8 %	
Radioterapia	2,9 %	15,4 %	ns
Combinado	70,6 %	53,8 %	
GHQ⁽¹⁾	6,05 (5,07)	6,73 (4,98)	ns
EORTC-30⁽¹⁾:			
Escala total funcionamiento	69,42 (19,02)	63,00 (18,52)	ns
Escala total síntoma	20,90 (15,97)	21,52 (10,88)	ns
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 Media y desviación típica (entre paréntesis) según grupo.			

Estrategias de afrontamiento

Respecto a los estilos de afrontamiento, las pacientes que completaron el tratamiento obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en las escalas de *planificación* ($p<0,001$), *búsqueda de apoyo instrumental* ($p<0,01$) y *restricción conductual* ($p<0,01$). No se observaron diferencias en las puntuaciones obtenidas en el resto de subescalas.

Modelo de regresión logística

Aquellas variables que resultaron significativas en el análisis bivalente (estado civil, nivel de estudios, *planificación*, *búsqueda de apoyo instrumental* y *restricción conductual*) fueron introducidas en el modelo final de regresión logística. El modelo de regresión final incorporó como variables predictoras la *planificación* y el nivel de estudios. Es decir, las pacientes que completaron el tratamiento habían cursado estudios medios o superiores y tendían a emplear la "planificación" como estrategia de afrontamiento ante el estrés. Con el

modelo obtenido el porcentaje de pacientes bien clasificadas (completan/abandonan) fue del 85,4%.

DISCUSIÓN

El presente estudio aporta datos sobre variables asociadas al abandono del tratamiento psicológico grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico. Es uno de los pocos estudios realizados en población oncológica sobre la tasa de abandono.

Según nuestros resultados aproximadamente un tercio de las pacientes que decide participar en el tratamiento psicológico abandona antes de la finalización del mismo. Este porcentaje obtenido (27,5%) es comparable al obtenido en estudios sobre intervención psicológica en pacientes con enfermedades médicas⁽³⁵⁾. Según nuestros datos, la edad, la calidad de vida y el estado psicopatológico de las pacientes no predicaban el abandono temprano del tratamiento. Sin embargo el nivel educativo sí resultó una variable relevante. Aquellas pacientes con menor nivel de estudios (estu-

Tabla 4. Relación entre estrategias de afrontamiento y abandono

	Completan grupo (Media o %)	Abandonan grupo (Media o %)	Sig.
Estrategias centradas en el problema:			
Afrontamiento activo	60,13 (16,16)	50,81 (18,50)	ns
Planificación	60,38 (19,07)	34,91 (19,96)	***
Búsqueda apoyo instrumental	69,81 (20,60)	47,82 (23,81)	**
Supresión activ. competitivas	45,13 (21,28)	28,73 (18,80)	ns
Restricción conductual	46,40 (15,16)	31,00 (21,83)	**
Estrategias centradas en la emoción:			
Búsqueda apoyo emocional	67,58 (18,86)	55,36 (24,59)	ns
Reinterpretación positiva	71,46 (16,66)	59,82 (19,14)	ns
Religión	40,76 (31,72)	43,90 (29,65)	ns
Aceptación	70,13 (16,19)	73,27 (21,25)	ns
Humor	20,95 (21,22)	17,45 (18,56)	ns
Estrategias evitativas			
Desahogo emocional	43,92 (15,94)	40,27 (16,50)	ns
Negación	22,48 (16,66)	12,73 (10,80)	ns
Desvinculación mental	43,40 (20,45)	34,09 (16,81)	ns
Desvinculación conductual	19,59 (18,09)	16,54 (17,95)	ns
Alcohol/drogas	2,03 (7,17)	0,73 (2,41)	ns
* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001			

dios primarios) abandonaron el tratamiento psicológico con mayor frecuencia que pacientes con mayor nivel educativo. Este resultado es consistente con los estudios sobre abandono realizados en población psiquiátrica^(54,55). Ello podría indicar que el contenido de estos grupos no se adapta a las necesidades de los pacientes con estudios primarios, por lo que, sería necesario investigar qué formato de tratamiento y qué contenidos son más adecuados para pacientes con menor nivel educativo.

Nuestro estudio muestra como el modo de hacer frente al estrés también puede ser una variable interesante en el estudio del abandono prematuro de los tratamientos psicológicos. Las personas con un estilo de afrontamiento activo ante el estrés, acostumbra a asistir a más sesiones de trata-

miento. Esto sugiere que el estilo de afrontamiento podría mediar en la motivación a continuar un tratamiento psicológico grupal dirigido a mejorar el manejo del estrés asociado al diagnóstico y tratamiento oncológicos.

Por otro lado, la relación hallada en nuestro estudio entre estilo de afrontamiento y abandono prematuro sugiere la necesidad de controlar la influencia de variables disposicionales en los estudios sobre la eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con cáncer. Según la literatura, las personas que emplean estrategias activas como la planificación en el afrontamiento de situaciones de estrés, presentan menores niveles de malestar psicológico y mejor calidad de vida a lo largo del proceso de enfermedad y tratamiento^(56,57). En los

estudios sobre eficacia de intervenciones psicológicas las conclusiones se elaboran a partir de los pacientes que finalizan el tratamiento. Según estos resultados preliminares, si los pacientes que completan el tratamiento psicológico son aquellos con mayor nivel educativo y que tienden a emplear estrategias de afrontamiento activas ante la adversidad, los datos a partir de los cuales se elaboran las conclusiones respecto a la eficacia podrían enmascarar un sesgo que representaría un problema en el momento de generalizar los resultados. Aunque todavía es necesario considerar los resultados con cautela, si se confirmara en futuros estudios la relación entre estilo de afrontamiento activo y mayor cumplimiento en el tratamiento psicológico grupal, las diferencias halladas en el estado psicológico de las pacientes que han asistido a una intervención grupal frente a las que no, podría estar enmascarando la influencia de factores psicológicos estables en el afrontamiento del estrés asociado a la enfermedad.

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio es que ha sido realizado con una muestra reducida de pacientes. Sería necesario ampliar la muestra con el fin de confirmar estos resultados preliminares. Otro problema es que no se ha contrastado el motivo por el cual los pacientes dejaron el tratamiento. Es posible que a lo largo del tratamiento se hubieran producido cambios en algunas de las variables, tales como la calidad de vida, lo cual podría haber influido los resultados. Estudiar las razones por las que una persona abandona el tratamiento es importante porque puede ayudar a conocer otras variables asociadas al abandono prematuro. De todos modos, dado que la mayoría de pacientes estaba realizando un tratamiento oncológico activo, al inicio de la intervención psicológica se insistió en la posibilidad de no asistir a alguna sesión en el caso de presentar dificultades físicas asociadas al propio tratamiento. De hecho, la mayoría de las pacientes que finalizaron el tratamiento no asistieron a todas las sesiones.

Nuestros resultados sugieren que sería interesante incluir el estudio del abandono prematuro en los trabajos sobre eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a pacientes con cáncer. Conocer las variables asociadas al abandono nos permitiría avanzar en el conocimiento de qué intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar el afrontamiento al diagnóstico y al tratamiento del cáncer son más adecuadas para qué tipo de pacientes, así como, qué alternativas de tratamiento serían más útiles para aquellos pacientes que abandonan el tratamiento antes de que haya finalizado. En futuras investigaciones sería interesante analizar los motivos de abandono, estudiar la relación entre tasa de abandono y diferentes tipos de intervención psicológica, realizar estudios de seguimiento de los pacientes que abandonan, así como, desarrollar intervenciones motivacionales dirigidas a mejorar el cumplimiento de los tratamientos psicológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L, et al. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: A cross-sectional survey. *Med J Aust* 1998; 169:192-6.
2. Nosarti Ch, Roberts JV, Crayford T, Mckenzie K, David AS. Early psychological adjustment in breast cancer patients. A prospective study. *J Psychosom Res* 2002; 53:1123-30.
3. Irvine D, Brown B, Crooks D, Roberts J, Browne G. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer* 1991; 67:1097-117.
4. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silliman RA. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol* 2003; 21:4027-33.
5. Newell S, Sanson-Fisher W, Savolainen N. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and

- recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94:558-84.
6. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8:295-305.
 7. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12:532-46.
 8. Cunningham AJ, Edmonds CV, Jenkins G, Lockwood GA. A randomized comparison of two forms of a brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions versus a "weekend intensive". *Int J Psychiatry Med* 1995; 25: 173-89.
 9. Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 720-5.
 10. Berglund G, Bolund C, Gustafsson U, Sjoden P. Starting agarin -a comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncol* 1994; 32: 15-21.
 11. Wiesman A, Worden W, Sobel H. Psychosocial screening and intervention with cancer patients. Research Report. Cambridge, Massachusetts: Shea Bross, 1980.
 12. Spiegel D, Bloom JR, Yalom I. Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:527-33.
 13. Cain EN, Kohorn EI, Quinlan DM, Latimer K, Schwartz PE. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer* 1986; 57:183-9.
 14. Spiegel D, Morrow GR, Classen C, Raubertas R, Stott PB, Mudaliar N, et al. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psychooncology* 1999; 8:482-93.
 15. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer* 2000; 89:1026-36.
 16. Cunningham AJ, Edmonds CV. Group psychological therapy for cancer patients: a point of view, and discussion of the hierarchy of options. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26:51-82.
 17. Cunningham A. Adjuvant psychological therapy for cancer patients: putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology* 2000; 9: 367-71.
 18. Donnelley J, Kornblith S. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology* 2000; 9: 44-56.
 19. Edgar L, Rosberger Z, Nowlis D. Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Cancer* 1992; 69: 817-28.
 20. Fukui S, Kugaya A, Kamiya M. Participation in a psychosocial group intervention among Japanese women with primary breast cancer and its associated factors. *Psychooncology* 2001; 10: 419-27.
 21. Goodwin P, Leszcz M, Quirt G. Lessons learned from enrollment in the BEST study a multicenter, randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 47-55.
 22. Goodwin P, Leszcz M, Ennis M. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-26.
 23. Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counseling in patients with cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 218-28.
 24. Rustoen T, Wiklund I, Hanestad B, Moum T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs* 1998; 21:235-45.
 25. Shrock D, Palmer R, Taylor B. Effect of a psychosocial intervention on survival among patients with stage I breast and prostate cancer: a matched case-control study. *Altern Ther Health Med* 1999; 5: 49-55.
 26. Youssef F. Crisis intervention: A group therapy approach for hospitalized breast cancer patients. *J Adv Nurs* 1984; 9: 307-13.

27. Plass A, Koch U. Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psychooncology* 2001; 10: 511-20.
28. Deans G, Bennett-Emslie G, Weir J, Smith D, Kaye S. Cancer support groups-Who joins and why?. *B J Cancer* 1988; 58: 670-4.
29. Brusis J, Vogel B, Mai, N. Warum nehmen Brustkrebspatientinnen nicht an (ambulanter) psychosozialer Nachsorge teil? En: Muthny Fa, Haag G, editors. *Onkologie im psychosozialen Kontext*. Heidelberg : Asanger, 1993; p.214-29.
30. Stevenson B, Coles P. A breast cancer support group: activities and value to mastectomy patients. *J Cancer Educ* 1993; 8:239-42.
31. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. En: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley, 1994; pp 190-228.
32. Silverman-Dresner T. Self-help groups for woman who had breast cancer. *Imagination Cogn Pers* 1989-1990; 9:237-43.
33. Stevens M, Duttlinger J. Correlates of participation in a breast cancer support group. *J Psychosom Res* 1998; 3:263-75
34. Renk K, Dinger TM. Reasons for therapy termination in a University Psychology Clinic. *J Clin Psychol* 2002; 58:1173-81.
35. Davis M, Addis M. Predictors of attrition from behavioral medicine treatment. *Ann Behav Med* 1999; 21:339-49.
36. Sackett D. *A Compliance practicum for the busy practitioner. Compliance in Health Care*. Baltimore MD: John Hopkins University Press, 1979.
37. Spence S, Sharpe L. Problems of dropout in the self-help treatment of chronic, occupational pain of the upper limbs. *Behav Cog Psychother* 1993; 21:311-28.
38. Becker MH. Patient adherence to prescribed therapies. *Med Care* 1985; 23:539-55.
39. Carmody T, Senner J, Mailinow M, Matarazzo J. Physical exercise rehabilitation: Long term dropout rate in cardiac patient. *J Behav Med* 1980; 3:163-8.
40. Evans D, Blanchard E. Prediction of early termination from self-regulatory treatment of chronic headache. *Biofeedback Self Regul* 1988; 13:245-56.
41. Mitchell C, Stuart R. Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52:1100-1.
42. Bennett G, Jones S. Dropping out of treatment for obesity. *J Psychosom Res* 1986; 30:567-73.
43. Hart J. Failure to complete treatment of headache: a multiple regression analysis. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50:781-2.
44. Clark M, Niaura R, King T, Pera V. Depression, smoking, activity level and health status: Pretreatment predictors of attrition in obesity treatment. *Addict Behav* 1996; 21:509-13.
45. Yaas-Reed E, Barry N, Dacey C. Examination of pretreatment predictors of attrition in VLCD and behavior therapy weight-loss program. *Addic Behav* 1993; 18:431-5.
46. Hunt C, Andrews G. Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:275-8.
47. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:426-33.
48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*. Washington D.C: American Psychiatric Association, 1994.
49. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. *Assesing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach*. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-83.
50. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9:139-45.
51. Lobo A, Pérez- Echevarria MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population. *Psychol Med* 1986; 16:135-40.
52. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85:365-76.

53. Arrarás JJ, Illarramendi JJ, Valeri JJ. El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validez con una muestra española. *Rev Psicol Salud* 1995; 7:13-33.
54. Wierzbicki M, Pekarik. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol: Res Pract* 1993; 24:190-5.
55. Walitzer K, Dermen K. Strategies for preparing clients for treatment: a review. *Behav Modification* 1999; 23:129-51.
56. Carver CS, Pozo C, Harris S, 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 Pers Soc Psychol* 1993; 65:375-90.
57. Brebner J. Personality and stress coping. *Pers Individ Dif* 2001; 31:317-27.

