

Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer

Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II in cancer patients

Óscar Galindo Vázquez, Edith Rojas Castillo, Abelardo Meneses García², José Luis Aguilar Ponce² y Salvador Alvarado Aguilar²

RESUMEN

La sintomatología depresiva es uno de los principales problemas de salud mental en pacientes oncológicos. La Escala de Depresión de Beck BDI-II ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para detectar sintomatología depresiva. Sin embargo, hasta ahora no se había caracterizado las propiedades psicométricas en pacientes oncológicos en población mexicana. *Objetivo:* Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión de Beck BDI-II en una muestra de pacientes con cáncer. *Método:* Participaron 337 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, de los cuales 180 fueron mujeres y 157 hombres, cuya edad promedio fue de 46.8 ± 14.4 años. Además del BDI-II, los participantes contestaron la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-D). *Resultados:* Un análisis factorial ajustado a dos factores presentó un instrumento con 21 reactivos, similar a la versión original. La consistencia interna de la escala global alcanzó un índice satisfactorio, al igual que los coeficientes alfa de Cronbach de cada subescala. La validez, obtenida por medio de la correlación con la HADS-D, obtuvo resultados significativos. *Discusión:* El BDI-II mostró características psicométricas adecuadas en su aplicación a pacientes con cáncer en población mexicana. La relevancia de los resultados obtenidos radica en que se trata de una población que puede requerir atención oportuna en su salud mental a lo largo del tratamiento oncológico.

Palabras clave: Cáncer; Depresión; Pacientes oncológicos; Propiedades psicométricas del BDI-II; Propiedades psicométricas de la HADS-D.

ABSTRACT

Depressive symptoms are a major mental health problem in cancer patients. The Beck Depression Scale BDI-II has proven to be a reliable and valid instrument for detecting depressive symptoms. However, the psychometric properties of this instrument have not been documented in different types of cancer diagnoses in the Mexican population. Objective. The aim of the present study was to determine the psychometric properties of the Beck Depression Scale (BDI-II) in a sample of cancer patients. Method. A total of 337 patients from the National Cancer Institute participated. Of which 180 were women and 157 male and had an average age 46.8 ± 14.4 years. Participants answered the BDI-II, as well the Depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). Results. A factor analysis adjusting two factors yielded an instrument with 21 items, similar to the original ones. The internal consistency of the overall scale was satisfactory, as were the Cronbach's alpha coefficients in each subscale. Concurrent validity, assessed by way of correlations with the HADS-D, showed significant associations. Discussion. The BDI-II applied to cancer patients in Mexican population showed adequate psychometric properties. The relevance of the results point out that this it is a population that may well require timely mental health care throughout their treatment.

Key words: Cancer; Depression; Oncological patients; Psychometric properties of BDI-II; Psychometric properties of HADS-D.

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 30 de junio y aceptado el 2 de diciembre de 2014.

² Instituto Nacional de Cancerología, Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14080 México, D.F., México, tel. (55)56-28-04-00.

INTRODUCCIÓN

Durante el diagnóstico y tratamiento oncológico, los niveles de depresión clínicamente significativos constituyen una constante en la vida del paciente con cáncer (Maté, Hollenstein y Gil, 2004; Spiegel, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar las actividades de la vida cotidiana. En la población oncológica, entre 15 y 58% de los pacientes presentan sintomatología depresiva (Grassi et al., 2004; Pirl, 2004), y entre 5 y 25% depresión mayor (Rodríguez et al., 2002; Pirl, 2004; Valente, Saunders y Cohen, 1994), porcentajes superiores a los reportados en la población general (Henriksson, Isometsä, Hietanen, Aro y Lönnqvist, 1995; Massie, 2004).

En pacientes oncológicos, se han reportado como factores de riesgo para presentar depresión el ser joven, mujer (DeFlorio y Massie, 1995; Massie, Lloyd-Williams, Irving y Miller, 2010), padecer cáncer en los estadios III y IV, sufrir dolor y fatiga, estar bajo una combinación de tratamientos, carecer del apoyo social necesario, manifestar trastornos psicológicos previos al cáncer (Grassi et al., 2004; Maté et al., 2004) y tener un diagnóstico oncológico de páncreas, pulmón, orofaríngeo y del sistema nervioso central (Massie, 2004; Massie et al., 2010; McDaniels y Nemeroff, 1993; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker y Piantadosi, 2001).

La depresión puede interferir con la habilidad del paciente para afrontar la enfermedad, decrementar la aceptación del tratamiento, propiciar un mayor tiempo de hospitalización, disminuir la calidad de vida, agudizar el número e intensidad de los síntomas físicos y aumentar el riesgo de suicidio (Colleoni et al., 2000; Prieto et al., 2002).

La depresión en el paciente con cáncer suele asociarse a pensamientos negativos intrusivos relacionados a la enfermedad y la muerte, que a su vez contribuyen a que se mantengan estrategias de afrontamiento poco adaptativas y una visión negativa del futuro (Rossi, Ferrario, Zotti, Massara y Nuvolone, 2003), por lo que una oportuna detección

de tal sintomatología depresiva podría aumentar el número de pacientes que se beneficien de los servicios de salud mental, mejoren su calidad de vida, manejen adecuadamente sus síntomas y afronten de una manera adaptativa la enfermedad y los tratamientos (Given et al., 2004; Krebber et al., 2014).

En este contexto, la teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales explicaciones teóricas en el modelo cognitivo de la depresión. Dicha teoría se basa en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan ciertos esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la manera negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo que inicia y mantiene los síntomas depresivos (Beltrán, Freyre y Hernández, 2012).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI), desarrollado por Beck y sus colaboradores en 1961, ha mostrado ser un instrumento adecuado para evaluar la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica (cf. Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1984).

La última versión del BDI en su segunda edición (BDI-II) es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems, desarrollados para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) (Beck, Steer y Brown, 1996).

Sin embargo, faltan datos sobre las propiedades psicométricas de este instrumento en población mexicana con cáncer. El objetivo de este estudio fue, por consiguiente, obtener dichos datos.

MÉTODO

Participantes

En la Tabla 1 se hace una descripción de la muestra. Se incluyeron 337 pacientes oncológicos de ambos sexos de entre 18 y 79 años de edad. La obtención de la misma fue no probabilística y por disponibilidad en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) de la Ciudad de México.

Los participantes se seleccionaron a partir de los siguientes criterios de inclusión: 1) Ser pacientes en tratamiento oncológico (cualquier tipo de tratamiento); 2) tener cualquier tipo de diagnóstico oncológico o 3) estar en cualquier estadio del proceso oncológico; 4) saber leer y escribir, y 5) te-

ner un índice ECOG igual o menor a 2. Se consideraron además los siguientes criterios de exclusión: 1) ser pacientes que presentaran cuadros psiquiátricos severos; 2) disnea severa; 3) deficiencias cognitivas, y 4) problemas visuales severos.

Tabla 1. Descripción de la muestra.

	f	%		f	%
N	337	100.0	Diagnóstico		
Edad: Rango de 18 a 79 años			Mama	107	31.8
Sexo			Urogenitales	28	11.9
Masculino	157	46.6	Cabeza y cuello	46	13.6
Femenino	180	53.4	Ginecológicos	35	9.0
Escolaridad			Pulmón	27	8.0
Ninguna	24	7.1	Hematológicos	34	10.1
Primaria	84	24.9	Gástricos	32	8.6
Secundaria	97	28.8	Otros	7	3.7
Bachillerato	75	22.3	Estadio		
Licenciatura	54	16.0	I	64	19.0
Posgrado	3	0.9	II	126	37.4
Estado civil			III	79	22.7
Soltero(a)	84	24.9	IV	68	20.9
Casado(a) o unión libre	180	53.4	Tratamiento		
Separado(a) o divorciado(a)	34	10.1	QT	133	39.5
Viudo(a)	19	5.6	QT + RT	45	13.4
Otro	20	5.9	Cirugía + QT+ RT	46	13.6
			Cirugía	23	6.8
			Otros tratamientos o combinaciones	90	26.7

Nota: QT = Quimioterapia, RT = Radioterapia.

Procedimiento

La muestra de participantes se obtuvo de los Servicios de Oncología Médica, Cirugía, Radioterapia y Psicooncología que asistieron a consulta externa y hospitalización durante un período de nueve meses. El proyecto fue aprobado por los Comités Científico y de Ética en Investigación del INCAN, y cada uno de los participantes aceptó participar en el presente estudio una vez que leyó y firmó un formato de consentimiento informado.

Adaptación del instrumento

Antes de proceder a la obtención de la validez de constructo y la consistencia interna, se llevó a cabo un estudio piloto con el fin de adaptar culturalmente el BDI-II a partir de la versión española de Sanz, Navarro y Vázquez (2003). Se formó un grupo de treinta pacientes con características clínicas y sociodemográficas similares a los de la muestra final con el propósito de adecuar el BDI-II al lenguaje y nivel de comprensión de los participantes. Como consecuencia, se hicieron cambios mínimos en el

ítem 3, denominado “fracaso”, por “sentimiento de fracaso”, y en el ítem 12, “pérdida de interés”, por “pérdida de interés en actividades y personas”, ya que no eran comprendidos adecuadamente.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El BDI-II (Beck et al., 1996) es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva; es una escala autoaplicable y consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos). En el BDI-II, cuatro ítems (pérdida de peso, cambio de imagen corporal, preocupación somática y dificultad para trabajar) fueron reemplazados por agitación, desvalorización, dificultad de concentración y pérdida de energía, con el objetivo de identificar síntomas típicos de la depresión severa o de depresión que requiere hospitalización.

Las veintiún categorías evaluadas por el BDI-II son, a saber: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, inconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo, las cuales poseen confiabilidad y consistencia interna adecuadas, con un coeficiente alfa de Cronbach de .93.

Subescala de Depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-D)

La HADS-D (Zigmond y Snaith, 1983) es autoaplicable, conformada por seis ítems que permiten utilizarla en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria y que se miden en un recorrido que va de 0 a 3. Es un instrumento que considera únicamente las dimensiones cognitivas y afectivas y excluye la dimensión somática, y se centra en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear. En México, la HADS-D ha sido validada por Galindo et al. (2015) en pacientes con cáncer. Tiene una

consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0.80$) y una validez concurrente de .54 a .91 con el BDI-I y el termómetro de distrés.

Análisis estadísticos

Los datos se analizaron con el programa SPSS, versión 17. Se determinó la estructura factorial por medio de un análisis factorial con rotación promax. Los criterios utilizados para el análisis factorial fueron los siguientes: cargas factoriales mayores de .40, factores con por lo menos tres ítems y coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach de más de .60. La relación entre el BDI-II y la HADS-D se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Estructura factorial

Inicialmente, se aplicó un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales. La prueba de esfericidad de Bartlett ($p = .001$) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin resultó de 0.88.

El primer análisis factorial con 21 reactivos arrojó un modelo con tres factores con autovalores arriba de 1.00; aunque explicaba 46.58% de la varianza, no concordaba con los dos factores del BDI-II, por lo que se realizó un segundo análisis factorial con rotación promax. La solución factorial resultante identificó un primer factor que explica 32.8% de varianza y que es definido por los ítems de tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas y desvalorización. Se puede considerar que este factor representa la dimensión cognitivo-afectiva. El segundo factor, que explica 9.4% de varianza, quedó configurado por los ítems de pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo, los cuales representan un factor somático-motivacional. Ambos factores explican en total 42.23% de la varianza (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis factorial de elementos del BDI-II.

<i>Escala global: $\alpha = 0.85$ Varianza explicada = 42.23%</i>	Cargas factoriales	
Factor I. Cognitivo-afectivo		
1. Tristeza	.789	
2. Pesimismo	.793	
3. Sentimientos de fracaso	.638	
5. Sentimientos de culpa	.641	
6. Sentimientos de castigo	.736	
7. Insatisfacción con uno mismo	.689	
8. Autocríticas	.793	
9. Pensamientos o deseos suicidas	.658	
14. Inutilidad	.728	
Factor II. Somático-motivacional		
4. Pérdida del placer en actividades y personas		.667
10. Llanto		.753
11. Agitación		.628
12. Pérdida de interés		.736
13. Indecisión		.737
15. Pérdida de energía		.721
16. Cambios en los hábitos de sueño		.641
17. Irritabilidad		.672
18. Cambios en el apetito		.614
19. Dificultad de concentración		.689
20. Cansancio o fatiga.		.619
21. Pérdida de interés en el sexo		.641
<i>Alfa de Cronbach</i>	.83	.77
<i>Varianza explicada</i>	32.8%	9.4%

Consistencia interna

El alfa de Cronbach de la subescala cognitivo-afectiva (nueve reactivos) fue 0.83 y el de la subescala somático-motivacional (doce reactivos), 0.77; en tanto, el alfa de Cronbach de los 21 reactivos del BDI-II fue 0.85. La consistencia puede considerarse adecuada (véase la Tabla 2).

Validez concurrente

La Tabla 3 muestra las asociaciones entre el BDI-II y la HADS-D. Las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas (r de Pearson de 0.50 a 0.67, $p < 0.05$).

Tabla 3. Correlaciones entre el BDI-II y la HADS-D.

	1	2	3	4
1. BDI-II total				
2. Cognitivo-afectivo BDI-II	.655*			
3. Somático-notivacional BDI-II	.678*	.657*		
4. HADS-D	.665*	.572*	.542*	

*Correlaciones Pearson ($p < .001$).

DISCUSIÓN

La evaluación de la sintomatología depresiva en pacientes oncológicos es pertinente debido a su relación con las importantes afectaciones de esta enfermedad en la calidad de vida, el mayor número de síntomas físicos, la prolongada estancia hospitalaria, la menor adhesión al tratamiento (Pirl, 2004; Zabora et al., 2001), el menor autocuidado y un cumplimiento terapéutico y una supervivencia más pobres (Owens y Nemeroff, 1993).

El BDI-II es un instrumento diseñado para medir este constructo psicológico. Los análisis psicométricos realizados en esta investigación indican que, en población oncológica, el BDI-II mide una dimensión de depresión compuesta de dos factores, lo cual replica los resultados reportados en la literatura previa respecto a un factor cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional (Beck et al., 1996; Kojima et al., 2002; Mystakidou y cols., 2007; Sanz et al., 2003; Whisman, Pérez y Ramel, 2000).

En lo que respecta a la validez concurrente, el BDI-II mostró una alta correlación con la HADS-D, lo que indica una adecuada validez convergente.

El BDI-II es útil para determinar la magnitud de los síntomas depresivos al ser un instrumento breve, fácil de aplicar y confiable, tanto en la práctica clínica como en la investigación, sobre todo cuando el objetivo es identificar componentes cognitivos, afectivos, somáticos y motivacionales. No debe olvidarse que los pacientes oncológicos presentan una sintomatología física propia y que su tratamiento puede derivar en una falta de reconocimiento

de la sintomatología depresiva por parte del equipo médico (Chochinov, 2001), lo cual puede incrementar el puntaje en los ítems correspondientes al factor somático-motivacional.

Una adecuada identificación de los niveles de depresión clínicamente significativos es crucial para detectar a los pacientes con más afectaciones psicológicas, por lo que es recomendable usar dicha información para desarrollar programas de prevención, detección y asistencia temprana (Hernández et al., 2012), así como para instrumentar intervenciones psicooncológicas que han mostrado tener efectos benéficos en el mantenimiento de parámetros aceptables de bienestar psicológico (Nezu, Nezu y Salber, 2013; Tatrow y Montgomery, 2010). Por otra parte, es necesario seguir formando personal para detectar tempranamente estos síntomas (Maté et al., 2004) y para coadyuvar en el acceso igualitario a los servicios de salud mental en la población oncológica que así lo requiera (Stafford et al., 2013).

Muchos de estos trastornos no se tratan porque no son diagnosticados, toda vez que suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad, o bien porque se considera que los síntomas observados pueden deberse no únicamente a la propia depresión, sino también al cáncer mismo y a los tratamientos oncológicos.

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista psiquiátrica que confirmase la sintomatología depresiva. Aun así, se recomiendan estudios adicionales en población oncológica sobreviviente del cáncer y en pacientes en etapa paliativa.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: APA.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T. y Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beltrán M.D., C., Freyre, M.Á. y Hernández G., L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13.
- Chochinov, H.M. (2001). Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*, 2(8), 499-505.
- Colleoni, M., Mandala, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A. y Goldhirsch, A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, 356, 1326-1327.
- DeFlorio, M. y Massie, M.J. (1995). Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression*, 5, 343-359.

- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar P., J.L., Álvarez, M.A. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes con cáncer en población mexicana. *Salud Mental*, 4(38).
- Given, C., Given, B., Rahbar, M., Jeon, S., McCorkle, R., Cimprich, B., Galecki, A., Kozachik, S., Devoss, D., Brady, A., Fisher-Malloy, M.J., Courtney, K. y Bowie, E. (2004). Does a symptom management intervention affect depression among cancer patients?: Results from a clinical trial. *Psycho-Oncology*, 13, 818-830.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sábato, S., Rossi, E. y Grupo SEPOS (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248.
- Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., Hietanen, P.S., Aro, H.M. y Lönnqvist, J.K. (1995). Mental disorders in cancer suicides. *Journal of Affective Disorders*, 36, 11-20.
- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M.Á. y Martín, J.C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257.
- Kojima, M., Furukawa, T.A., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T. y Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research*, 110, 291-299.
- Krebber, A.M.H., Buffart, L.M., Kleijn, G., Riepma, I.C., de Bree, R., Leemans, C.R., Becker, A., Brug, J., van Straten, A., Cuijpers, P. y Verdonck-de Leeuw, I.M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23, 121-130.
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 32, 57-71.
- Massie, M.J., Lloyd-Williams, M., Irving, G. y Miller, K. (2010). The prevalence of depression in people with cancer. En D. Kissane, M. Maj, y N. Sartorius (Eds.): *Depression and cancer*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Maté, J., Hollenstein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2), 211-230.
- McDaniels, J.S. y Nemeroff, C.B. (1993). Depression in the cancer patient. Diagnostic, biological, and treatment aspects. En C. R. Chapman y K. M. Foley (Eds.): *Current and emerging issues in cancer pain*. New York: Raven Press.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Smyrniotis, V., Galanos, A. y Vlahos, L. (2007). Beck Depression Inventory: exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 16(3), 244-250.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Salber, K.E. (2013). Problem-solving therapy for cancer patients. *Psicooncology*, 10(2-3), 217-232.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. Madrid: Médica-Panamericana.
- Owens, M.J. y Nemeroff, C.B. (1993). The role of corticotropine releasing factor in the pathophysiology of affective and anxiety disorders: Laboratory and clinical studies. *Proceedings of the Ciba Foundation Symposium 172*, 296-308.
- Pirl, W.F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 32-39.
- Prieto, J.M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E. y Gastó, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 1907-1917.
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Barrero, A., Avedillo, C., Sánchez, C., A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*, 16(1), 27-33.
- Rossi F., S., Zotti, A.M., Massara, G y Nuvolone, G. (2003). A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 12(1), 1-7.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 109-116.
- Stafford, L., Judd, F., Gibson, P., Komiti, A., Mann, G.B. y Quinn, M. (2013). Screening for depression and anxiety in women with breast and gynaecologic cancer: course and prevalence of morbidity over 12 months. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2071-2078.
- Tatrow, K. y Montgomery, G.H. (2010). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27.
- Valente, S.M., Saunders, J.M. y Cohen, M.Z. (1994). Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Practice*, 2, 65-71.
- Whisman, M.A., Perez, J.E. y Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory, Second Edition (BDI-II), in a student sample. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 545-551.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C. y Piantadosi S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.