

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PSIQUIATRÍA



TESIS DOCTORAL

**FACTORES COGNITIVOS ASOCIADOS
CON EL DESARROLLO DE SÍNTOMAS
ANSIOSO-DEPRESIVOS EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS**

Amador Priede Díaz

Director: Dr. César González-Blanch Bosch

Santander, 2016



D. CÉSAR GONZÁLEZ-BLANCH BOSCH, doctor por la Universidad de Deusto y facultativo especialista de área en Psicología Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado: *FACTORES COGNITIVOS ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS*, de D. Amador Priede Díaz, ha sido realizado bajo mi supervisión, reuniendo el rigor académico y los requisitos formales exigibles. Considero que es apto para su presentación y defensa como Tesis Doctoral.

Santander, 26 de Enero de 2016

Fdo: César González-Blanch Bosch

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer al Dr. César González-Blanch el apoyo y la orientación que me ha proporcionado para la realización de esta tesis. Sin embargo, estoy aún más agradecido por haber sido mi mentor (y tutor) durante el período de residencia PIR y por su amistad a lo largo de estos años.

Este trabajo no habría sido posible sin la ayuda de mis compañeros en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Quiero dar las gracias especialmente a Fernando Hoyuela, María Ruiz, Fernando Hernández, Olga Umarán, Patricia Cordero y Andrés Herrán. También agradecer la colaboración de los servicios hospitalarios que participaron en el estudio, sobre todo al personal de enfermería.

También quiero agradecer a la Asociación Española Contra el Cáncer en Cantabria y a la Fundación Botín el apoyo económico sin el cual no hubiera sido posible la realización de este estudio.

A todas las personas que decidieron colaborar en este estudio a pesar de estar pasando por circunstancias realmente difíciles. Ellos han sido los mejores maestros.

A mis padres, mis hermanos, mis abuelos y mi tía, por todo el cariño y el apoyo que me han dado todos estos años. Ellos estimularon mi curiosidad e imaginación, lo que les convierte en una pieza fundamental en mi interés por la ciencia.

A Guada y a Noa, por su cariño, comprensión y apoyo constante. Ellas me han dado la fuerza para llevar a buen puerto este proyecto.

Índice de contenidos

Abreviaturas.....	XI
Resumen	XIII
1 MARCO TEÓRICO	1
1.1 Epidemiología del cáncer	3
1.2 Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos.....	4
1.3 Trayectorias de malestar emocional en pacientes oncológicos	6
1.4 Prevalencia de alteraciones psicopatológicas en pacientes oncológicos .	8
1.5 Coste de las alteraciones psicopatológicas en pacientes con cáncer	12
1.6 Modelos explicativos de los trastornos ansiosos y depresivos: del contenido a los modos de procesamiento.....	13
1.7 Rumiación	17
1.8 Supresión de pensamientos	26
1.9 Supresión de emociones	33
1.10 Variables moderadoras	36
1.11 Otras variables predictoras de malestar emocional	45
1.12 Resumen	51
2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	53
2.1 Justificación del estudio	55
2.2 Objetivos	55
2.3 Hipótesis	56
3 MÉTODO	57
3.1 Ámbito de estudio	59
3.2 Descripción del procedimiento.....	59
3.3 Diseño.....	60

3.4	Duración del estudio.....	60
3.5	Consideraciones éticas	60
3.6	Población de estudio.....	60
3.7	Recogida de datos.....	61
3.8	Tamaño muestral	69
3.9	Imputación de datos.....	70
3.10	Análisis estadístico	71
4	RESULTADOS	75
4.1	Estudio transversal inicial	77
4.2	Estudio transversal al año.....	85
4.3	Estudio longitudinal	93
5	DISCUSIÓN	97
5.1	Hallazgos principales	99
5.2	Rumiación	99
5.3	Supresión de pensamientos	102
5.4	Supresión de emociones	103
5.5	Variables moderadoras, sociodemográficas y clínicas.....	104
5.6	Fortalezas del estudio	105
5.7	Limitaciones	105
5.8	Implicaciones para la investigación	107
5.9	Implicaciones clínicas	108
6	Conclusiones.....	113
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
8	ANEXOS	147
	Anexo 1. Criterios diagnósticos DSM-IV para el episodio depresivo mayor	149
	Anexo 2. Criterios diagnósticos DSM-IV para trastornos de ansiedad.....	151

Anexo 3. Criterios diagnósticos DSM-IV para trastornos adaptativos.....	157
Anexo 4. Hoja de información al paciente	159
Anexo 5. Hoja de información al paciente o representante legal	160
Anexo 6. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	161
Anexo 7. Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)	163
Anexo 8. Inventario de Supresión de Pensamientos (WBSI).....	165
Anexo 9. Courtauld Emotional Control Scale (CECS)	167
Anexo 10. MOS - Social Support Survey.....	169
Anexo 11. Escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés (EAEAE)	171

Índice de Tablas

Tabla 1.1.....	21
Tabla 1.2.....	42
Tabla 4.1.....	78
Tabla 4.2.....	79
Tabla 4.3.....	80
Tabla 4.4.....	80
Tabla 4.5.....	82
Tabla 4.6.....	83
Tabla 4.7.....	84
Tabla 4.8.....	84
Tabla 4.9.....	86
Tabla 4.10.....	87
Tabla 4.11.....	87
Tabla 4.12.....	89
Tabla 4.13.....	90

Tabla 4.14.....	91
Tabla 4.15.....	92
Tabla 4.16.....	93
Tabla 4.17.....	94
Tabla 4.18.....	95
Tabla 4.19.....	96

Índice de Figuras

Figura 3.1	61
Figura 3.2	70
Figura 4.1	79

Abreviaturas

ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
AECC	Asociación Española Contra el Cáncer
AP	Antecedentes Psicopatológicos
BSI-18	Inventario Breve de 18 síntomas
CECS	Escala Courtauld de Control Emocional
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EAEAE	Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del Estrés
HADS	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias
IDIVAL	Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla
IES	Escala de Impacto del Estresor
Mini-MAC	Escala de Ajuste Mental al Cáncer, versión reducida
MOS-SSS	Escala de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos
NCCN	Red Oncológica Nacional de Estados Unidos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
POMS	Perfil de Estados de Ánimo
RRS	Escala de Respuestas Rumiativas
SCID	Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos Mentales
SCL-90	Listado de Comprobación de 90 Síntomas
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SF-36	Cuestionario de Salud Short Form-36
S-REF	Función Ejecutiva de Autorregulación
TD	Termómetro del Distrés
TEA	Trastorno por Estrés Agudo
TEPT	Trastorno por Estrés Postraumático
UICC	Unión Internacional para el Control del Cáncer
WBSI	Inventario de Supresión de Pensamientos

Resumen

Introducción: El cáncer actúa como un potente estresor psicológico, generando síntomas ansiosos y depresivos. Los nuevos modelos explicativos sobre la génesis de dicha sintomatología proponen que los modos en que la persona procesa la información como factores de vulnerabilidad para desarrollarla. Estos modos de procesamiento cognitivo (rumiación, supresión de pensamientos y supresión de emociones), así como su interacción con variables de la enfermedad, no han sido convenientemente estudiados en personas con cáncer. El presente estudio analiza la relación existente entre modos de procesamiento cognitivo y la aparición de malestar emocional y/o síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con cáncer.

Método: Se evaluó una muestra de 131 pacientes con diagnóstico oncológico reciente mediante cuestionarios adecuadamente validados y entrevista clínica. Se analizaron las correlaciones entre variables cognitivas, variables moderadoras y la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión. Se realizaron análisis de regresión múltiple y de regresión logística con el fin de determinar las contribuciones específicas de cada variable en el modelo explicativo. Un año más tarde se realizó un seguimiento en el participaron 83 sujetos de la muestra inicial, evaluándose las mismas variables y repitiendo los análisis de modo transversal y longitudinal.

Resultados: Tanto la rumiación como la supresión de pensamientos correlacionaron con el malestar emocional y la sintomatología ansiosa y depresiva en todos los análisis transversales y longitudinales. La supresión de emociones sólo correlacionó con el malestar emocional y los síntomas de ansiedad de modo transversal en el seguimiento al año. La rumiación fue la única variable cognitiva que se asoció transversalmente con todas las variables dependientes en los distintos análisis multivariados, además de predecir la sintomatología depresiva al año. La supresión de pensamientos se asoció transversalmente con el malestar emocional y la sintomatología de ansiedad en el seguimiento al año. La supresión de emociones únicamente se asoció transversalmente con la ansiedad al año.

Conclusiones: Los resultados apoyan la asociación entre rumiación y sintomatología ansiosa y depresiva. Además esta variable constituye un importante predictor de la presencia de sintomatología depresiva. La asociación entre supresión de pensamientos y sintomatología recibe apoyo parcial. Estos resultados ponen de relieve la necesidad de incorporar tratamientos eficaces que aborden la rumiación en pacientes oncológicos, con el fin de prevenir la sintomatología depresiva tras el diagnóstico inicial.

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Epidemiología del cáncer

El cáncer es un problema sanitario de primera magnitud ya que afectará a uno de cada tres hombres y una de cada cuatro mujeres a lo largo de la vida. En países desarrollados supone la segunda causa de muerte tras las enfermedades del aparato circulatorio, llegando a implicar 3 de cada 10 defunciones en hombres y 2 de cada 10 en mujeres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Sociedad Española de Oncología Médica, 2014). Además, los costes asociados en términos de años de vida ajustados por discapacidad son muy elevados, suponiendo el 16% de la carga total de enfermedad en nuestro país (Fernandez de Larrea-Baz et al., 2009), sólo por detrás de las enfermedades neuropsiquiátricas (Gènova Maleras, Álvarez Martín, y Morant Ginestar, 2006).

En España, en el año 2012, la incidencia total de cáncer fue de 215.534 casos, 128.550 en hombres y 86.984 en mujeres. Las muertes totales a causa de cáncer ese año fue de 102.762 casos, 63.579 en hombres y 39.183 en mujeres (Ferlay et al., 2013; Sociedad Española de Oncología Médica, 2014).

En el año 2012 para ambos sexos, el cáncer colorrectal fue el tumor que presentó una mayor incidencia en nuestro país (32.240 casos), seguido por el cáncer de próstata (27.853 casos), el cáncer de pulmón (26.715 casos) y el cáncer de mama (25.215 casos) (Ferlay et al., 2013). Por sexos, en hombres la mayor incidencia correspondió al cáncer de próstata (27.853 casos), seguido por el de pulmón (21.780 casos), el cáncer colorrectal (19.261 casos) y el de vejiga (11.584 casos). En mujeres los tumores con mayor incidencia fueron los de mama (25.215 casos), seguidos por los colorrectales (12.979 casos), el cáncer de útero (5.121 casos) y el cáncer de pulmón (4.935 casos).

En cuanto a las tasas de mortalidad (Ferlay et al., 2013), en términos globales, los tumores que más muertes ocasionaron en España en 2012 fueron los de pulmón (21.118 muertes), colorrectales (14.700 muertes), mama (6.075 muertes) y páncreas (5.720 muertes). En hombres los más letales fueron los de pulmón (17.430), colorrectales (8.742), próstata (5.481) y vejiga (4.102). En mujeres las tasas de mortalidad más elevadas se produjeron en diagnósticos de cáncer de mama (6.075), colorrectal (5.958), pulmón (3.688) y páncreas (2.717).

Por otro lado, entre los tumores cuya prevalencia a 5 años es más elevada (Bray, Ren, Masuyer, y Ferlay, 2013) se encuentran los de mama (prevalencia del 17.9%), próstata (17.6%), colorrectal (15.4%) y vejiga (8.1%). Entre los hombres, los tumores más prevalentes a 5 años son los de próstata (31.4%), colorrectal (16.4%), vejiga (12.2%) y pulmón (7.0%). Entre las mujeres los más prevalentes a 5 años son los de mama (40.8%), colorrectal (14.1%), cuerpo del útero (7.6%) y melanoma (4.1%).

Los datos de supervivencia global indican tasas muy similares en España a los obtenidos en la media europea y los países de nuestro entorno, siendo así tanto para hombres como para mujeres (Sociedad Española de Oncología Médica, 2014). España sigue en general la misma tendencia que el resto de Europa en cuanto a aumento de la incidencia y de la supervivencia en los últimos años. Se constata también que la tasa de mortalidad por cáncer en España ha disminuido un 13% entre los años 1990 y 2011, en la media de los pacientes de la OCDE (OECD, 2013).

1.2 Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos

Enfrentarse a un cáncer debe entenderse como un proceso dinámico que comienza con el diagnóstico y continúa a través de diferentes fases (Zabora et al., 1997) en las cuales el paciente deberá afrontar los distintos retos que la enfermedad le va a plantear. Estas fases, que incluyen el propio diagnóstico, el tratamiento activo, la supervivencia y/o la recurrencia y la fase terminal, generarán distintas reacciones e implicarán diferentes cambios vitales en la persona según pase por ellas. La propia enfermedad o los efectos secundarios de los tratamientos, producirán en muchos casos síntomas molestos que la persona deberá afrontar, siendo el dolor, la fatiga, la depresión y la ansiedad los que en mayor medida afectarán a su calidad de vida (Shi et al., 2011), persistiendo a largo plazo en muchas ocasiones (Harrington, Hansen, Moskowitz, Todd, y Feuerstein, 2010). Además, factores como el grado de incertidumbre provocado por la enfermedad, la discapacidad, el temor a recidivas, la preocupación por la muerte, el cambio en la imagen corporal, etc., funcionan como potentes estresores que pueden contribuir al desarrollo de malestar emocional en el paciente (Rodríguez-Vega, Priede, Maeso, Arranz, y Palao, 2011).

Entendemos el *malestar emocional* o *distrés* (de las expresiones inglesas *psychological distress* o *emotional distress*) como una experiencia emocional desagradable y multifactorial, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual, que puede interferir con la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, los síntomas físicos asociados y el tratamiento pautado (National Comprehensive Cancer Network, 2014). Esta definición plantea un continuo, que iría desde respuestas emocionales normales, hasta síntomas de mayor gravedad, los cuales podrían llegar a agruparse en un cuadro clínico. Esta manera de definir el malestar emocional es bastante amplia, puesto que abarca tanto cualquier síntoma de depresión, como de ansiedad.

Resulta interesante, de cara a diferenciar los diversos síntomas emocionales que una persona puede desarrollar, el *modelo tripartito de ansiedad y depresión* de Clark y Watson (1991). Estos autores distinguen tres componentes en las alteraciones emocionales. El primero sería el bajo afecto positivo, el cual incluiría síntomas como tristeza, anhedonia, apatía, inhibición psicomotora, sentimientos de inutilidad etc, y sería propio de los cuadros depresivos. El segundo componente se basaría en la hiperactivación fisiológica, incluyendo síntomas como el miedo, la evitación, tensión muscular, hipervigilancia, etc., el cual sería propio de los trastornos de ansiedad. Por último, el tercer componente del modelo vendría caracterizado por el alto afecto negativo, e incluiría síntomas como irritabilidad, preocupación, insomnio, baja autoestima, indefensión, etc. Este último componente sería común, tanto para los trastornos depresivos como ansiosos.

De modo más específico, llamamos *depresión* al estado psicopatológico caracterizado por un estado de ánimo deprimido o una marcada pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. A estos síntomas se le unen otros como pérdida o aumento de peso y/o de apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración y pensamientos de muerte o ideación suicida. Estos síntomas suelen agruparse, perdurando en el tiempo y configurando lo que conocemos como *episodio depresivo* (ver criterios diagnósticos en Anexo 1) (American Psychiatric Association, 2001). Cuando la duración y gravedad del episodio alcanzan la suficiente relevancia clínica, entonces estaríamos hablando de un trastorno depresivo mayor. De acuerdo con una

revisión sistemática (Waraich, Goldner, Somers, y Hsu, 2004), la prevalencia a un año del trastorno depresivo mayor en población general se situaría en el 4.1%, mientras que la prevalencia vital se situaría en el 6.7%. La prevalencia a un año para cualquier trastorno del estado de ánimo se situaría en el 7.5%, mientras que la prevalencia vital se situaría en el 14.1%.

Por otro lado, llamamos *ansiedad* a un estado de hiperactivación fisiológica, caracterizado por diversas respuestas de predominio simpático, así como emociones de miedo, conductas de evitación, pensamientos anticipatorios, etc. Estos síntomas se agrupan de modos diversos, configurando diferentes trastornos cuando alcanzan la suficiente relevancia clínica (ver criterios diagnósticos para los principales trastornos de ansiedad en Anexo 2). Una revisión sistemática (Somers, Goldner, Waraich, y Hsu, 2006) encuentra que, en población general, la prevalencia a un año para cualquier trastorno de ansiedad se sitúa en el 10.6%, mientras que la prevalencia vital se sitúa en el 16.6%. En el caso del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) la prevalencia a un año se situaría en el 1.2%, mientras que su prevalencia vital sería del 2.1%.

También hay que tener en cuenta que, cuando los síntomas psicológicos presentados por el paciente no llegan a constituir uno de estos trastornos, pero sí experimenta un malestar clínicamente significativo, o bien implica un deterioro de su nivel de funcionamiento, podemos hablar de un trastorno adaptativo (ver criterios diagnósticos en Anexo 3). Este trastorno se define por el desarrollo de síntomas psicopatológicos en respuesta a un estresor identificable, hasta que éste remite, o hasta que la persona consiga adaptarse a él (Strain y Friedman, 2011). Resulta comprensible que, en el caso del cáncer, el estrés experimentado pueda superar fácilmente la capacidad de afrontamiento de la persona, generando malestar clínicamente significativo o deteriorando su nivel de funcionamiento.

1.3 Trayectorias de malestar emocional en pacientes oncológicos

El malestar emocional presentado por los pacientes puede, además, seguir diferentes trayectorias a lo largo del proceso de la enfermedad oncológica. Si bien la mayor parte de los pacientes realizarán una adecuada adaptación a la enfermedad y a sus consecuencias, sin presentar niveles de malestar emocional clínicamente significativos, en otros casos pueden desarrollar mayores niveles de distrés, siendo éstos en algunos

casos transitorio, pero en otros los síntomas psicopatológicos experimentados pueden ser persistentes (Carlson, Waller, Groff, Giese-Davis, y Bultz, 2013; Enns et al., 2013; Millar, Purushotham, McLatchie, George, y Murray, 2005).

Así, Gonçalves, Jayson, y Tarrier (2008), distinguen tres trayectorias tanto para síntomas de ansiedad como de depresión en una muestra de 121 pacientes con cáncer de ovario: no casos (26% en ansiedad, 55% en depresión), casos ocasionales (52% en ansiedad y 38% en depresión) y casos estables (22% en ansiedad y 6% en depresión).

De modo similar, W. W. Lam et al. (2010) diferencian tres trayectorias para el malestar emocional durante los primeros meses tras la cirugía por cáncer de mama en una muestra de 285 mujeres: resilientes (66%), distrés crónico (15%) y recuperación (12%). Además, observan que este perfil inicial predice la evolución del estado psicológico 6 años después, encontrando una asociación significativa entre hallarse en el grupo de distrés persistente y presentar un peor estado psicológico y peor adaptación social (W. W. Lam, Shing, Bonanno, Mancini, y Fielding, 2012).

Por otro lado, Henselmans et al. (2010) evalúan una muestra de 171 mujeres con cáncer de mama tras el diagnóstico, finalizado el tratamiento y en el inicio de la fase de supervivencia. Distinguen cuatro trayectorias de malestar emocional durante el primer año tras el diagnóstico: pacientes que no experimentan distrés (36%), pacientes que sólo experimentan distrés durante la fase de tratamiento (33%), pacientes que experimentan distrés después del tratamiento (15%) y pacientes con distrés crónico (15%).

Igualmente, Brinkman et al. (2013) al evaluar una muestra de 4.569 supervivientes de cáncer infantil en tres momentos, el último de ellos a los 30 años tras el diagnóstico, encuentran cuatro trayectorias: supervivientes sin síntomas o con síntomas leves (66% para depresión, 68% para ansiedad), supervivientes cuyos síntomas descienden con el tiempo (15% para depresión, 15% para ansiedad), supervivientes con un incremento de los síntomas (10% para depresión, 12% para ansiedad), y supervivientes con síntomas elevados persistentes (9% para depresión, 5% para ansiedad). La percepción de empeoramiento de la salud física fue el único predictor significativo del grupo con incremento de síntomas. Por otro lado, el empeoramiento de la salud física, el empeoramiento del dolor y el fin del tratamiento analgésico predijeron la pertenencia al grupo de síntomas persistentes.

Por último, Boyes et al. (2013) también encuentran cuatro trayectorias diferentes dentro de una muestra de 1.154 pacientes oncológicos durante el primer año tras el diagnóstico: no caso, crónica, recuperación y demorada. La trayectoria más frecuente sería la de no caso, tanto para ansiedad (70%) como para depresión (80%). La trayectoria de ansiedad crónica ocurriría en el 14% de los pacientes con ansiedad y en el 6% de los pacientes con depresión. La trayectoria hacia la recuperación la seguirían el 8% de los pacientes con ansiedad y el 6% de los pacientes con depresión iniciales. Finalmente, el 7% de los pacientes presentará ansiedad y el 6% depresión demoradas.

1.4 Prevalencia de alteraciones psicopatológicas en pacientes oncológicos

Han sido muy numerosos los estudios de prevalencia llevados a cabo en población oncológica, encontrándose resultados dispares. Esta variabilidad en los resultados se debe, entre otros motivos, a diferencias en el rigor metodológico de los estudios, sobre todo por el empleo de entrevistas diagnósticas o de medidas de autoinforme, así como a otras características como son el tipo de tumor o el momento de la evaluación (Kreber et al., 2014). Por ello, algunas revisiones y metanálisis tratan de aclarar este punto.

Los primeros trabajos que trataron de aunar el conocimiento en este ámbito fueron dos revisiones sistemáticas que analizaron la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos (Massie, 2004; Sellick y Crooks, 1999). En ellos se hacía patente la gran heterogeneidad de resultados a través de los diferentes estudios. Por ejemplo, Massie (2004) encuentra prevalencias entre 0-38% para depresión mayor y 0-58% para trastornos del espectro depresivo, concluyendo que la investigación posterior debería emplear criterios diagnósticos fiables y pruebas de evaluación estandarizadas. Además, la autora plantea la necesidad de evaluar la historia previa de trastornos de ansiedad y depresión, así como analizar el posible rol de los tratamientos oncológicos.

En la medida en la que el número de estudios en este campo ha continuado en aumento, se ha hecho necesaria la realización de metanálisis que se han publicado a lo largo de los últimos años. Así, Mitchell et al. (2011) en un metanálisis sobre 94 estudios con 14.078 participantes estudia la prevalencia de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos adaptativos evaluados mediante entrevista diagnóstica (tanto

empleando criterios DSM, como CIE), en función de que se realicen en contexto de cuidados paliativos o no paliativos.

En relación a contextos no paliativos, tanto oncológicos como hematológicos, se analizaron 70 estudios con 10.071 participantes de 14 países. La prevalencia de depresión mayor (según criterios DSM o CIE indistintamente) fue del 16.3%. La prevalencia de trastornos de ansiedad fue del 10.3%, mientras que la de trastornos adaptativos fue del 19.4%. La prevalencia combinada para cualquier trastorno depresivo fue del 20.7%, mientras que para cualquier trastorno fue del 38.2%.

En cuanto a contextos de cuidados paliativos, encontraron 24 estudios con 4.007 participantes en siete países. La prevalencia de depresión mayor fue del 16.5%, la de trastornos de ansiedad fue del 9.8% y la de trastornos adaptativos fue del 15.4%. La prevalencia para cualquier trastorno depresivo fue del 24.6% y la prevalencia combinada para cualquier trastorno fue del 29.0%. Como se puede observar en estos resultados, el pronóstico claramente más grave de los pacientes paliativos, no parece conllevar un incremento en la prevalencia de los trastornos psicopatológicos.

En este estudio no se encontraron efectos significativos de la edad, sexo ni del contexto clínico en la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad. Además, los datos referentes al tipo de cáncer y la duración de la enfermedad se consideraron inadecuados para su análisis. Por otro lado, se constató una disminución de la prevalencia de depresión a lo largo del tiempo, hallándose una prevalencia del 23.3% en estudios publicados hasta 1990, del 15.5% para aquellos publicados entre 1991 y 2000 y del 13.4% para los publicados desde 2001. Del mismo modo se constató una asociación entre la mejor calidad metodológica de los estudios y una menor prevalencia de depresión, lo cual podría explicar esta reducción de las prevalencias halladas.

Con respecto a la prevalencia de depresión en los pacientes oncológicos, un reciente metanálisis de Krebber et al. (2014) sobre 211 estudios con 82.426 pacientes clarifica este punto. En este estudio se encuentran niveles de depresión que varían entre el 8% y el 24% en función del tipo de instrumento de evaluación empleado, el tipo de tumor y la fase de tratamiento en que se evalúa a los pacientes. En términos globales, la prevalencia encontrada empleando entrevista diagnóstica fue del 14%, mientras que empleando la subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS) fue del 18% para un punto de corte

mayor o igual a 8 y del 7% para un punto de corte mayor o igual a 11. En cuanto a las prevalencias por diagnósticos, cuando se emplearon medidas de autoinforme variaron entre el 20% para cáncer de mama, el 10% para tumores genitales masculinos, el 20% para cabeza y cuello, el 27% para tumores del tracto digestivo, el 25% para hematológicos, el 26% para tumores genitales femeninos y el 21% para tumores del tracto respiratorio. En relación a la fase del tratamiento, la prevalencia de depresión encontrada fue mayor durante la fase inicial de tratamiento oncológico. En concreto, del 14% medido con entrevista diagnóstica y del 27% empleando autoinformes. En las evaluaciones realizadas durante el primer año después del diagnóstico la prevalencia de depresión evaluada con entrevista fue del 9% y del 21% mediante autoinforme. Por último, cuando se evaluó tras el primer año desde el diagnóstico las prevalencias para entrevista y autoinforme fueron del 8% y del 15% respectivamente.

Otros estudios analizan las prevalencias en poblaciones o diagnósticos más concretos. Así, un metanálisis realizado por Watts et al. (2014), específicamente sobre estudios de pacientes con cáncer de próstata (incluyendo 4.494 pacientes), revela una prevalencia antes del tratamiento del 17.3% para depresión y del 27.0% para ansiedad. Durante el tratamiento las tasas se situaron respectivamente en el 14.7% y el 15.1%, mientras que después del tratamiento se situarían en el 18.4% y el 18.5%.

También Abbey, Thompson, Hickish, y Heathcote (2015) realizaron un metanálisis en el que incluyeron específicamente estudios de prevalencia de TEPT en pacientes con cáncer, con un total de 4.189 sujetos. Estos autores también diferenciaron las tasas calculadas a partir de entrevistas clínicas de aquellas que usaron autoinformes durante la evaluación. Cuando se emplearon medidas de autoinforme la prevalencia se situó en el 7.3% si se utilizaba un punto de corte para determinar el diagnóstico y en el 11.2% cuando se empleaba una agrupación de síntomas. Al emplear entrevistas diagnósticas se encontró una prevalencia vital del 15.3% y una prevalencia puntual del 5.1%. Según este estudio, aquellos pacientes más jóvenes, diagnosticados en una fase más avanzada de la enfermedad y que han finalizado el tratamiento recientemente presentan un mayor riesgo de recibir este diagnóstico.

Los estudios de prevalencia de trastornos mentales en población oncológica realizados en nuestro país han sido escasos. Prieto et al. (2002) emplearon criterios DSM-IV para evaluar una muestra de 1.062 pacientes con cáncer hematológico durante

la hospitalización para realizar un trasplante de células madre hematopoyéticas. Encontraron una prevalencia global de trastornos psicopatológicos del 44.1%, una prevalencia para trastornos adaptativos del 22.7%, para trastornos del estado de ánimo del 14.1%, para trastornos de ansiedad del 8.4% y para delirium del 7.3%.

Gil Moncayo et al. (2008) emplearon la entrevista clínica estructurada SCID-I, la cual se ajusta a criterios diagnósticos DSM-IV, para evaluar una muestra de 400 pacientes oncológicos en tratamiento ambulatorio. En este estudio se realizó previamente un cribado a los pacientes mediante la escala HADS. Aquellos con puntuaciones iguales o superiores a 14 fueron evaluados con la entrevista diagnóstica. De este modo, se diagnosticó un trastorno mental a 97 pacientes, lo que supone una prevalencia del 24.3%. De estos, el 77.3% fueron trastornos adaptativos (prevalencia del 18.8%). La prevalencia de trastorno depresivo mayor fue del 1.0%, mientras que tanto para trastornos depresivos en general como para trastornos de ansiedad se situó en el 2.3%. Los análisis multivariados realizados posteriormente mostraron que aquellos pacientes con antecedentes psicopatológicos, que recibían tratamiento psicofarmacológico y que informaban de mayor dolor, presentaban un mayor riesgo de ser diagnosticados de un trastorno mental.

En un estudio con mayores limitaciones, Fernandez Rodriguez et al. (2011) evalúan una muestra de 66 pacientes con diagnósticos de cáncer de mama o de pulmón mediante la escala HADS. Empleando los puntos de corte sugeridos por los creadores de la escala, encuentran que el 14.8% de los pacientes con cáncer de mama y el 27.3% de los pacientes con cáncer de pulmón presentan ansiedad clínicamente significativa antes de iniciar el tratamiento, mientras que ninguno de los pacientes con cáncer de mama y el 21.2% de los pacientes con cáncer de pulmón presentan niveles clínicamente significativos de depresión. Una vez finalizado el tratamiento, el 13.3% de los pacientes con cáncer de mama y el 11.1% de aquellos con cáncer de pulmón presentan niveles clínicamente significativos de ansiedad, mientras que el 7.1% de los de mama y el 11.1% de los de pulmón presentan niveles clínicamente significativos de depresión.

Como podemos ver, las prevalencias halladas en población oncológica son sustancialmente más elevadas que las encontradas en estudios epidemiológicos realizados en población general. Sin embargo, conviene mencionar un estudio de Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, y Symonds (2013) en el que realizan un metanálisis de

los estudios que comparan la prevalencia de trastornos mentales, entre supervivientes de un cáncer y personas sin enfermedad oncológica a largo plazo, al menos de 2 años, agrupando también los estudios según la duración del seguimiento (con seguimiento hasta 2 años, con seguimiento entre 2-10 años y aquellos con seguimiento a más de 10 años). En términos generales, sólo encuentran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en población oncológica que en población sin patología oncológica ($RR = 1.27$). No obstante, durante los 2 primeros años tras el tratamiento el riesgo de presentar un trastorno depresivo es significativamente mayor en pacientes con cáncer que en aquellos sin patología oncológica ($RR = 2.19$). Este hallazgo apuntaría a los problemas de ansiedad como la principal consecuencia psicológica a largo plazo en las personas con cáncer. Este estudio también muestra cómo la prevalencia tanto de depresión como de ansiedad es tan alta en los cónyuges como en los propios pacientes oncológicos.

Así pues, como el número de supervivientes de cáncer va en aumento (Cabanés, Pérez-Gómez, Aragonés, Pollán, y López-Abente, 2009), debido a factores como el aumento y envejecimiento de la población y a las mejoras en su detección y tratamiento, cada vez más personas se encuentran en la situación de experimentar malestar emocional clínicamente significativo en forma de trastornos psicopatológicos comórbidos. Sin embargo, el impacto de estos problemas ha sido subestimado, debido a la importancia de la patología somática y a la falta de recursos terapéuticos adecuados. Por ello, supone un gran reto el detectar estos problemas e intervenir sobre ellos, especialmente cuando diferentes autores plantean que están infradiagnosticados e infratratados (Carlson et al., 2004; Massie y Holland, 1984; Passik et al., 1998).

1.5 Coste de las alteraciones psicopatológicas en pacientes con cáncer

Como hemos visto, el coste de las alteraciones psicopatológicas en pacientes con cáncer en forma de sufrimiento personal es elevado. Sin embargo, también merece la pena prestar atención a los costes económicos asociados a su tratamiento, ya que algunos estudios muestran que el gasto sanitario se incrementa considerablemente entre aquellos pacientes oncológicos que presentan depresión o ansiedad comórbidas. Así, Melek y Norris (2008) estiman que la depresión comórbida puede suponer un incremento de 526 dólares mensuales por paciente en el gasto sanitario, mientras que en

el caso de ansiedad comórbida el incremento sería de 1.015 dólares mensuales por paciente. Esto supondría un aumento del gasto médico por paciente del 52% en el caso de pacientes con depresión y del 112% en pacientes con ansiedad (Naylor et al., 2012).

También Jayadevappa, Malkowicz, Chhatre, Johnson, y Gallo (2012) estudian los costes derivados de la depresión comórbida en pacientes con cáncer, en este caso con patología de próstata. Encuentran que un diagnóstico de depresión multiplica por 4.5 las visitas a urgencias, por 3.2 las hospitalizaciones y por 1.7 las visitas a consultas externas, además de incrementar el riesgo de muerte ($HR = 2.8$).

Si tenemos en cuenta, por un lado, las elevadas tasas de prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes, y por otro, que existe un grupo de pacientes que sufrirán estos problemas de modo persistente y a largo plazo (Carlson et al., 2013; Enns et al., 2013; Harrington et al., 2010; Millar et al., 2005), entonces veremos la urgencia de poner en marcha tratamientos eficaces para abordar estos problemas, así como para mitigar el riesgo de que se cronifiquen, también desde la perspectiva de la gestión de los servicios sanitarios.

Pero no sólo hay que tener en cuenta los costes directos generados por la enfermedad, existen también otros costes indirectos que la enfermedad oncológica puede acarrear, como las pérdidas de trabajo de los propios pacientes (Hansen, Feuerstein, Calvio, y Olsen, 2008) o el gasto derivado de sus efectos sobre los cuidadores, especialmente sobre su salud mental y los tratamientos asociados (Goren, Gilloteau, Lees, y DaCosta Dibonaventura, 2014; Grunfeld et al., 2004).

1.6 Modelos explicativos de los trastornos ansiosos y depresivos: del contenido a los modos de procesamiento

El marco general para entender la génesis de alteraciones psicopatológicas, tanto en población general, como en pacientes oncológicos, son los modelos explicativos de vulnerabilidad-estrés (Zuckerman, 1999). Según estos modelos, para que se desarrolle un trastorno psicopatológico, la persona deberá presentar una serie de factores predisponentes de diversa naturaleza que le harán más vulnerable a determinados trastornos. Sin embargo, será necesaria la aparición de un factor de estrés que actúe como desencadenante para que el trastorno se geste. Así pues, distintas aproximaciones

conceptuales giran en torno a esta idea, formulando diversos modelos explicativos, de los cuales veremos los más representativos para la población que nos ocupa.

El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) sugiere que, la combinación de la valoración cognitiva realizada por la persona, la emoción y las conductas de afrontamiento llevadas a cabo, explicarán las diferencias individuales en las respuestas manifestadas ante los eventos estresantes (Lazarus, 2000). Según este modelo, el estrés sería un proceso dinámico en el cual interaccionan el individuo y el ambiente. En algunos casos la persona puede valorar dicho ambiente como una situación amenazante o que supera sus capacidades y que además puede poner en peligro su bienestar. En ese momento la persona llevaría a cabo un proceso de evaluación cognitiva de aquello que le está ocurriendo. En un primer momento realizaría una evaluación primaria, que incluiría una valoración de las características y el significado de la demanda: si es irrelevante, benigna o estresante. En este último caso deberá determinar, además, si supone daño/pérdida, amenaza, o desafío. En caso de que la situación sea reconocida como estresante se pondrá en marcha una evaluación secundaria, en la cual la persona deberá valorar sus propios recursos para hacer frente a las demandas de la situación y que, además, le va a predisponer a iniciar una serie de estrategias de afrontamiento. Por último, una vez finalizado el proceso, la persona realizará una reevaluación, con el fin de obtener feedback de las evaluaciones previas.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser de dos tipos según estos autores:

- Orientadas al problema: implican conductas dirigidas a modificar la situación estresante.
- Orientadas a la emoción: dirigidas a producir un cambio en cómo se percibe la situación, atendiendo especialmente a las emociones negativas generadas.

Hay que tener en cuenta que las estrategias implementadas no siempre conducirán a los objetivos propuestos, pudiendo resultar desadaptativas (Tobin, Holroyd, Reynolds, y Wigal, 1989).

Desde esta perspectiva se ha planteado que determinados trastornos psicopatológicos pueden entenderse como respuestas al estrés (Strain y Friedman, 2011), habiéndose llevado a cabo algunos estudios en pacientes con cáncer (Hulbert-

Williams, Neal, Morrison, Hood, y Wilkinson, 2012; Kangas, Henry, y Bryant, 2002). Además, la estructura general del modelo se ha visto refrendada al aplicarla a población oncológica, si bien ciertos postulados secundarios de la teoría no han recibido apoyo (Hulbert-Williams, Morrison, Wilkinson, y Neal, 2013).

La teoría más extendida para explicar los trastornos depresivos y ansiosos ha sido el modelo cognitivo, originariamente propuesto por Beck (1963) para la depresión. En él se establece un factor de vulnerabilidad cognitiva, los llamados esquemas depresivos, patrones de pensamiento formados a partir de experiencias tempranas en la vida del sujeto (Beck, 1976). Estos permanecen en estado latente, hasta que la presencia de un factor de estrés los activa, generando por medio de determinados sesgos cognitivos, un modo de procesamiento de la información distorsionado. Estas distorsiones cognitivas conducirán a la persona a una serie de pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, los cuales afectarán a su estado emocional. En el caso de la ansiedad el modelo es análogo a éste, incluyendo unos esquemas ansiógenos, que se activan ante un factor de estrés, generando sesgos cognitivos.

Esta teoría ha contado con una gran aceptación durante años, pero ha surgido evidencia que contradice algunos aspectos del modelo o los matiza (Jacobson et al., 1996). Esto ha llevado a reformular el modelo explicativo original añadiendo nuevos procesos y conceptos derivados de la investigación más reciente (Vázquez, Hernangómez, y Hervás, 2008). De este modo, si el modelo original daba un mayor peso a los contenidos negativos (pensamientos, imágenes, emociones, etc.), los nuevos modelos explicativos hacen mayor hincapié en los modos de procesamiento cognitivo que emplea la persona. En este sentido, desde algunos modelos como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o desde la teoría metacognitiva (modelo S-REF, el cual se explicará más adelante) se proponen algunos conceptos importantes de cara a entender la aparición y mantenimiento de alteraciones psicopatológicas.

Desde ACT se plantea que el malestar emocional y las alteraciones psicopatológicas son consecuencia de la evitación que el paciente realiza de la propia experiencia. Así, se habla del *trastorno de evitación experiencial*, como una alteración común a todos los trastornos emocionales, que se caracteriza precisamente por la evitación de todo aquello que produce malestar, viviendo, en consecuencia, una vida muy limitada (K.G. Wilson y M.C. Luciano, 2007). Esta evitación será perjudicial en

los siguientes casos: cuando el proceso de evitación deliberado contradiga el resultado esperado, cuando la regulación de la experiencia se muestra insensible al control deliberado de la regulación verbal, cuando el cambio perseguido es posible pero el esfuerzo requerido conduce a formas de evitación no saludables y cuando el evento que quiere eliminarse no puede ser cambiado.

Por ello se plantea que estos modos de afrontar las experiencias o acontecimientos no deseados, realizando intentos de suprimir los pensamientos o emociones, o tratando de controlarlos por medio de su revisión continua (buscando causas y razones por medio de la *rumiación*, fenómeno que veremos más adelante), puede tener un efecto paradójico que conlleve mayor sufrimiento y malestar (Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, y Fink, 2004; Hayes et al., 1999; Páez et al., 2008).

Desde la teoría metacognitiva se proponen una serie de mecanismos involucrados tanto en la vulnerabilidad como en el mantenimiento de diversas alteraciones emocionales (Matthews y Wells, 2000; Wells, 2007). Entendemos *metacognición* como cualquier conocimiento o proceso cognitivo que interviene en la evaluación, control y seguimiento del propio pensamiento (Flavell, 1979). Así, Wells y Matthews (1996) proponen el modelo de Función Ejecutiva de Autorregulación (en inglés Self-Regulatory Executive Function; S-REF) desde el cual se vinculan determinados procesos de autorregulación y la aparición de alteraciones psicológicas (Wells y Papageorgiou, 2004). Dicho modelo consta de tres niveles: un conjunto de redes de procesamiento de nivel inferior, un sistema ejecutivo supervisor (Barrett, Tugade, y Engle, 2004; Norman y Shallice, 1986) y un nivel de autoconocimiento que representa creencias personales y planes genéricos de afrontamiento (Wells, 2000).

Las redes de procesamiento de nivel inferior realizan un procesamiento automático, desencadenado por estímulos entrantes. Comprende distintos tipos de información, incluyendo estímulos codificados, descripciones de estados cognitivos internos y representaciones somáticas. El procesamiento a este nivel se experimentaría como los pensamientos automáticos negativos característicos de la depresión (Beck, 1976; Matthews y Wells, 2004).

Determinados estímulos externos y pensamientos intrusivos identificados como significativos, activarían el ejecutivo supervisor, el cual operaría en un ciclo cerrado con el fin de reducir la discrepancia entre el estado actual y algún estado ideal (Matthews y

Wells, 1996). Primeramente se evalúan los estímulos intrusivos en busca de discrepancias. En caso de que éstas existan, se seleccionará una estrategia de afrontamiento, que se pondrá en marcha y se monitorizará hasta que se elimine la discrepancia. El afrontamiento centrado en las emociones buscaría procesar y modificar las representaciones internas, mientras que el afrontamiento centrado en el problema buscaría cambiar la realidad externa (Lazarus y Folkman, 1984).

Tanto la evaluación en búsqueda de discrepancias, como el proceso de afrontamiento requieren de la existencia de un nivel de autoconocimiento, el cual incluye creencias personales acerca de los estados ideales, así como procedimientos genéricos de afrontamiento. Estas creencias proporcionarán los valores que guiarán el proceso de búsqueda de discrepancias, además de un repertorio de estrategias de afrontamiento encaminadas a la solución de problemas o a la autorregulación emocional (Matthews y Wells, 2004). La persona puede recurrir, entre otras estrategias de afrontamiento, al uso de la rumiación como forma de autorregularse, guiándose por las creencias de que, por ejemplo, pensar en los errores del pasado pueden ayudar a prevenir futuros problemas (Papageorgiou y Wells, 2001a, 2001b).

Así, se puede generar un patrón de pensamiento inflexible, en el cual la persona focaliza la atención en las amenazas y además desarrolla ciertas estrategias de afrontamiento que tendrían efectos paradójicos, como la rumiación, la preocupación o la supresión de pensamientos (Matthews y Wells, 1996, 2004). A este patrón de pensamiento se le ha llamado *síndrome cognitivo atencional* y se ha relacionado con la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva (Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway, y Jencius, 2013).

1.7 Rumiación

Entendemos las *rumiaciones* como pensamientos repetitivos y pasivos acerca de los propios síntomas depresivos, así como sus causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). De este modo, al rumiar, las personas tienen repetidamente pensamientos como “¿por qué no consigo avanzar?”, “¿qué es lo que está mal en mí?”, “creo que nunca podré salir de esto”. Las personas utilizan la rumiación como una manera de entender mejor sus propios pensamientos y sentimientos, con el fin de poder iniciar las conductas más adecuadas y regular sus

emociones. Sin embargo, la focalización continua sobre estos pensamientos exagera el afecto negativo y evita que se pongan en práctica estrategias de resolución de problemas y una autorregulación adecuada (Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008), lo cual puede explicarse por medio del modelo S-REF, visto anteriormente (Papageorgiou y Wells, 2003).

Los estudios encuentran que es una característica relativamente estable en los individuos (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999). De hecho, se considera que la rumiación es el estilo de procesamiento cognitivo por el cual el neuroticismo influye sobre la aparición de sintomatología depresiva, mediando la acción de aquél (Nolan, Roberts, y Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa, y Gotlib, 1998). Además, la rumiación conlleva un sesgo atencional hacia los propios síntomas disfóricos, lo cual implica un incremento en la vulnerabilidad a la depresión (Papageorgiou y Wells, 2009; Roberts et al., 1998). Del mismo modo, favorece la accesibilidad a recuerdos negativos (Lyubomirsky, Caldwell, y Nolen-Hoeksema, 1998; Teasdale y Green, 2004).

Según la teoría de estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 2004; Nolen-Hoeksema et al., 2008), las rumiaciones, en el contexto de síntomas de depresión, exacerbaban y prolongan los mismos, aumentando la probabilidad de que se hagan crónicos y evolucionen hacia un cuadro de depresión mayor. Existen cuatro mecanismos mediante los cuales las rumiaciones pueden influir y prolongar la depresión (Matthews y Wells, 2004). Primero, rumiar aumenta los efectos del ánimo deprimido sobre el pensamiento, facilitando el que se activen pensamientos y recuerdos negativos. Segundo, las rumiaciones interfieren con una adecuada resolución de problemas. Tercero, disminuye la motivación para iniciar conductas instrumentales. Y cuarto, mina las relaciones interpersonales, conllevando una pérdida del apoyo social.

Hoy en día se considera que la rumiación es un proceso desadaptativo que puede mantener o iniciar una depresión. Nolen-Hoeksema ha mostrado cómo la rumiación inicial predice los niveles futuros de ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Parker, y Larson, 1994). Así, en estudios longitudinales en los que se evaluó a sujetos antes de un evento traumático (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) o de la muerte de un ser querido con enfermedad terminal (Nolen-Hoeksema et al., 1994), se constató que aquellos con tendencia a rumiar al inicio presentaban mayores niveles de depresión en el seguimiento, incluso después de controlar los niveles iniciales de

depresión. También se ha comprobado, empleando muestras comunitarias, que los pacientes rumiadores son más tendentes a experimentar tanto trastorno depresivo mayor, como trastornos de ansiedad (Nolen-Hoeksema, Larson, y Grayson, 1999). Por el contrario, aquellas personas que tienden a distraerse, centrándose en actividades agradables tienden a experimentar un mejor estado de ánimo (Lyubomirsky et al., 1998; Nolen-Hoeksema, 1998).

Dentro del concepto de rumiación se han distinguido generalmente dos facetas diferenciadas, especialmente al aplicarse en el estudio de pacientes con cáncer (Chan, Ho, Tedeschi, y Leung, 2011; Morris y Shakespeare-Finch, 2011). La primera de ellas consiste en un procesamiento pasivo sobre las causas de los síntomas y de los objetivos no logrados, llamado *brooding* en inglés. A pesar de que en castellano se ha traducido este término como reproches (Hervás, 2008), nosotros emplearemos el término *cavilación*, el cual nos parece más ajustado al significado original. Este tipo de procesamiento sería desadaptativo y es el que se asociaría a mayores niveles de malestar emocional y síntomas psicopatológicos. La segunda, llamada *reflection* y traducida al castellano como *reflexión*, consiste en un procesamiento activo que busca resolver problemas, y se asociaría a una mejor adaptación y bienestar psicológico. Sin embargo, otros autores no creen que este efecto beneficioso esté asegurado, planteando que ambas dimensiones se encuentran asociadas con un mayor malestar emocional de los pacientes (K. F. Lam, Lim, Tan, y Mahendran, 2015; Szasz, 2011).

1.7.1 Evaluación de la rumiación

En el contexto de la investigación psicooncológica se han empleado diversas escalas para evaluar la rumiación (Tabla 1.1). Tradicionalmente este constructo se ha evaluado por medio de la Escala de Respuestas Rumiativas (en inglés, Ruminative Response Scale; RRS), desarrollado por el grupo de Nolen-Hoeksema (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Se trata de un cuestionario de 22 ítems que se responde mediante una escala tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta (Hervás, 2008). Este cuestionario se ha empleado frecuentemente en población oncológica (Galfin y Watkins, 2012; K. F. Lam et al., 2015; Perez et al., 2011) y es el más usado en población no oncológica, incluyendo también los estudios con población general (Smith y Alloy, 2009).

Posteriormente algunos autores (Roberts et al., 1998) han sugerido que existe cierto solapamiento entre algunos ítems de este cuestionario y síntomas depresivos, quedando la escala reducida a 10 ítems que evalúan específicamente rumiación. El análisis factorial de los ítems no asociados directamente con depresión deja una estructura de dos factores (Treyner, Gonzalez, y Nolen-Hoeksema, 2003), reflexión y cavilación, que coinciden con las dos facetas diferenciadas que se han postulado para la rumiación, llegando a emplearse por separado (Galfin y Watkins, 2012; Perez et al., 2011).

Posteriormente han surgido otras escalas que evalúan este constructo, entre las que cabe destacar:

- Subescala de Rumiación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001). Esta subescala consta de cuatro ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta. De todas las medidas empleadas puede ser la menos adecuada, dado el escaso número de ítems de que consta.
- Cuestionario de Rumiación-Reflexión (Trapnell y Campbell, 1999). Este cuestionario consta de 12 ítems que evalúan rumiación entendida como cavilación y 12 ítems que evalúan reflexión, todos ellos tipo Likert con cinco niveles de respuesta.
- El Inventario de Rumiación (Calhoun, Cann, Tedeschi, y McMillan, 2000). Consta de 14 ítems tipo Likert con cuatro niveles de respuesta, y por medio de él se puede evaluar tanto la rumiación ocurrida justo después de experimentar un suceso traumático, como la rumiación actual. Consta de tres dimensiones: rumiación intrusiva, rumiación deliberada de los beneficios (la cual presenta ciertas similitudes con la dimensión de reflexión de la rumiación) y rumiación sobre el sentido de la vida.
- Escala de Rumiaciones sobre el Cáncer (Chan et al., 2011). Derivada del Inventario de Rumiación, evalúa de modo específico las rumiaciones que pueden aparecer en torno a la temática del cáncer por medio de 12 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta. Consta de dos subescalas:

rumiación negativa sobre el cáncer (o intrusiva, semejante a cavilación) y rumiación positiva sobre el cáncer (o deliberada, semejante a reflexión).

- Escala Multidimensional de Rumiación en la Enfermedad (Soo, Sherman, y Kangas, 2014). Evalúa la rumiación surgida a consecuencia de padecer una enfermedad física por medio de 41 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta. Consta de tres subescalas: intrusión, cavilación e instrumental (esta última similar a la dimensión de reflexión de la rumiación).

Tabla 1.1. Escalas de rumiación empleadas en los distintos estudios con población oncológica.

Escala de Respuestas Rumiativas	<ul style="list-style-type: none"> • Perez et al. (2011) • Galfin y Watkins (2012); • K. F. Lam et al. (2015)
Subescala de Rumiación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Schroevers, Kraaij, y Garnefski (2008) • Li et al. (2015) • Wang et al. (2014)
Cuestionario de Rumiación-Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> • Labelle, Campbell, y Carlson (2010) • Thomsen et al. (2013)
Inventario de Rumiación	<ul style="list-style-type: none"> • Morris y Shakespeare-Finch (2011) • Danhauer et al. (2013)
Escala de Rumiaciones sobre el Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Chan et al. (2011) • Hung (2011)
Escala Multidimensional de Rumiación en la Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Soo y Sherman (2015)

1.7.2 Rumiación en pacientes oncológicos

La investigación sobre rumiación en pacientes oncológicos es relativamente reciente, pero se trata de un campo en expansión. Aunque aún son pocos los estudios realizados sobre esta variable, en todos ellos se constata una clara asociación con el nivel de malestar emocional experimentado por los pacientes. Sin embargo, y como veremos a continuación, la mayoría de los estudios son transversales, haciéndose necesario conocer los efectos de la rumiación a largo plazo.

Uno de los primeros estudios sobre esta variable llevado a cabo en pacientes oncológicos fue el realizado por Schroevers et al. (2008), en el cual se estudiaban diferentes variables que influían sobre la autorregulación de los propios pacientes, en una muestra de 108 participantes. De acuerdo con los análisis de regresión llevados a cabo en este estudio, mientras que el involucrarse en metas valiosas para el propio paciente y el focalizarse en aspectos positivos se asoció con un mayor afecto positivo, la tendencia a rumiar y a catastrofizar se asoció con mayores niveles de afecto negativo. Estos autores sugieren que el empleo de técnicas de mindfulness puede ser útil para el adecuado tratamiento de estos pacientes, disminuyendo la autofocalización y promoviendo un mejor estado anímico y calidad de vida. Puesto que las variables analizadas en este estudio sólo explican un 23% de la varianza en afecto negativo, se plantea, de cara a la investigación futura la inclusión de otras variables que pueden ejercer su influencia sobre el malestar emocional, como son la autoeficacia, la autoestima y el apoyo social.

Algunos estudios han analizado específicamente el efecto que la cavilación, tradicionalmente considerado como la dimensión nociva de la rumiación, ejerce sobre los niveles de depresión y ansiedad. Así, Perez et al. (2011) comprobaron que la cavilación se asoció con la sintomatología depresiva, en una muestra de 179 pacientes oncológicos. Además, la cavilación correlacionó de modo negativo con la edad de los pacientes, siendo aquéllos de menor edad los más proclives a rumiar. Del mismo modo, Galfin y Watkins (2012) comprobaron que tanto los pacientes paliativos como sus cuidadores presentaban mayores niveles de cavilación que los controles sanos (la muestra empleada incluía 36 pacientes paliativos, 29 de sus cuidadores y 30 controles). Tanto la rumiación en sí, como su duración, frecuencia e incontrolabilidad se asociaron con mayores niveles de ansiedad y depresión. Además, los pacientes paliativos percibieron las rumiaciones como menos controlables y generadoras de mayor malestar emocional.

También se ha analizado el efecto diferencial que las dimensiones de cavilación y reflexión pueden ejercer sobre los niveles de depresión y ansiedad. Por ejemplo, Yuen (2013) encontró, en una muestra de 83 participantes que habían sufrido cáncer en la infancia, que la *esperanza disposicional* (constructo definido como un patrón estable de pensamiento dirigido a metas) se asociaba con menores niveles de ansiedad y depresión,

estando su efecto mediado por las rumiaciones negativas sobre el cáncer. Por otro lado, la esperanza disposicional se asoció con mayores niveles de crecimiento postraumático, estando su efecto mediado en este caso por las rumiaciones positivas sobre el cáncer.

Morris y Shakespeare-Finch (2011), en una muestra de 313 pacientes oncológicos, encuentran que las rumiaciones intrusivas y las rumiaciones sobre el sentido de la vida se asocian con el malestar emocional experimentado, mientras que las rumiaciones deliberadas acerca de los beneficios se relaciona con mayor *crecimiento postraumático* (definido por Calhoun et al. (2000) como la experiencia de un cambio positivo significativo que aparece al enfrentarse a una crisis vital importante). En un estudio posterior de este grupo (Wilson, Morris, y Chambers, 2014), realizado con 514 hombres con cáncer de próstata, se observó que tanto la rumiación intrusiva como la deliberada se asociaban con más intrusiones y mayor evitación.

También Danhauer et al. (2013) al evaluar una muestra de 66 pacientes con leucemia aguda, encuentran que la rumiación deliberada predice un mayor crecimiento postraumático, mientras que la rumiación intrusiva predice un mayor distrés, en un estudio con seguimiento entre 9 y 13 semanas.

De modo similar, Soo y Sherman (2015), analizando una muestra de 185 pacientes con cáncer de mama, encontraron que la subescala de cavilación se asoció con los niveles de ansiedad, depresión y estrés. En cambio, la subescala de intrusión de las rumiaciones únicamente se asociaba con el nivel de estrés y la subescala de rumiación instrumental se asociaba con el crecimiento postraumático.

Sin embargo, otros estudios no encuentran un claro efecto diferencial de estas dos dimensiones. Por ejemplo, Chan et al. (2011) estudiaron, en una muestra de 170 mujeres con cáncer de mama, el efecto que tienen la rumiación sobre el cáncer y el sesgo atencional hacia la información negativa sobre los síntomas de estrés postraumático. Ambas variables se asociaron con una mayor sintomatología de estrés postraumático y, además, se observó que la rumiación mediaba parcialmente el efecto de los sesgos atencionales sobre la sintomatología. En otro estudio de este mismo grupo (Hung, 2011) se observó, en una muestra de 57 pacientes con cáncer de mama avanzado y 50 con cáncer de la cavidad oral, que la rumiación sobre el cáncer y los sesgos atencionales sobre la información negativa se asociaron con el nivel de ansiedad en ambos grupos. La rumiación sobre el cáncer explicó además el nivel de depresión en el grupo con

cáncer de cavidad oral, pero no en el de cáncer de mama. Sin embargo, estas variables no pudieron predecir los niveles de ansiedad y depresión a las 6 y 12 semanas. En ninguno de estos estudios hubo un claro efecto diferencial de las dos dimensiones de la rumiación sobre los síntomas, encontrándose que una mayor rumiación positiva se asociaba también con más síntomas psicopatológicos en algunas de las escalas.

Thomsen et al. (2013) encontraron, en una muestra compuesta por 67 pacientes con cáncer de colon, que un mayor nivel de rumiación, entendida como cavilación, se asociaba con el nivel de síntomas depresivos tanto de modo concurrente, como en el seguimiento, 8 meses después. Sin embargo, en los análisis multivariados al seguimiento, esta asociación desaparecía cuando se controlaban los niveles iniciales de depresión, intrusión y evitación. Por otro lado, la reflexión no se asoció con el nivel de síntomas, pero sí con el nivel de evitación en el seguimiento. Este estudio viene a confirmar los efectos nocivos de la cavilación y cuestiona que la reflexión aporte efectos beneficiosos, encontrando que también puede ser perjudicial para la adaptación de los pacientes.

K. F. Lam et al. (2015) obtienen resultados similares al evaluar una muestra de 194 pacientes oncológicos recién diagnosticados mediante escalas de rumiación, actitudes disfuncionales y depresión. La rumiación se asoció con la sintomatología depresiva tanto de modo directo, como indirectamente por medio de las actitudes disfuncionales. Tanto la dimensión de cavilación, como la de reflexión se asociaron de modo directo con el nivel de depresión.

También se ha comprobado el efecto perjudicial de la rumiación no sólo en los propios pacientes, sino también en sus parejas. Así, Steiner, Wagner, Bigatti, y Storniolo (2014) estudiaron, en una muestra de 56 pacientes con cáncer de mama y sus esposos, el papel mediador que las rumiaciones pueden ejercer entre los pensamientos intrusivos y la evaluación de daño/pérdida y la sintomatología depresiva. Encontraron que, entre las pacientes con cáncer de mama, tanto las intrusiones como las evaluaciones de daño/pérdida tenían un efecto directo sobre la depresión, mientras que solamente las evaluaciones de daño/pérdida ejercieron un efecto indirecto a través de las rumiaciones. Por otro lado, tanto intrusiones como evaluaciones de daño/pérdida ejercieron efectos directos, así como indirectos a través de las rumiaciones, sobre los

síntomas de depresión de sus parejas. Las variables cognitivas de las participantes no correlacionaron con los niveles de depresión de sus respectivas parejas y viceversa.

Del mismo modo, se ha podido estudiar cómo afecta la rumiación a la calidad de vida de los pacientes. Li et al. (2015), al evaluar una muestra de 662 mujeres con cáncer de mama, observaron que una mayor tendencia a rumiar y a catastrofizar conllevaba una menor calidad de vida. En este estudio además, se comparó la muestra con un grupo de controles sanas, evidenciándose que las pacientes con cáncer presentaban un menor uso de rumiación. También Rinaldis, Pakenham, Lynch, y Aitken (2009), al evaluar una muestra de pacientes con cáncer colorrectal, encontraron que un mayor nivel de rumiación se asociaba con menor calidad de vida y mayor malestar emocional.

También hay que mencionar el estudio de Wang et al. (2014) con 504 pacientes oncológicos a los que evalúan mediante el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva. Estos autores no encuentran que la rumiación tras recibir el diagnóstico se asocie con el nivel de depresión un mes más tarde, aunque en los análisis controlan el nivel inicial de sintomatología depresiva.

Por último, conviene mencionar un estudio que ha mostrado que la rumiación puede modificarse por medio de la terapia psicológica, además de actuar como variable mediadora de la mejoría en depresión. Así, Labelle et al. (2010) y Campbell, Labelle, Bacon, Faris, y Carlson (2012) analizaron el papel de la rumiación en un ensayo controlado de terapia mindfulness grupal llevado a cabo con 77 pacientes mujeres que habían terminado el tratamiento oncológico. Se observó que aquellas pacientes que recibieron la intervención mindfulness, respecto al grupo control de lista de espera, mejoraron en mayor medida en su sintomatología depresiva y redujeron sus puntuaciones en rumiación. Igualmente se observó que un mayor descenso en las puntuaciones de rumiación mediaba el efecto de la terapia sobre la sintomatología depresiva.

De todo ello se puede concluir que, en general, aquellos pacientes oncológicos con mayor tendencia a rumiar presentan mayor malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión, al menos de modo concurrente. Por ello se hace necesario conocer su efecto a largo plazo, dada la escasez de estudios longitudinales. De igual manera, no queda claro el efecto diferencial de las dos dimensiones de la rumiación sobre el malestar emocional, por lo cual se plantea la necesidad de ahondar en este concepto.

1.8 Supresión de pensamientos

La *supresión de pensamientos* consiste en los intentos deliberados que realizan las personas para eliminar los pensamientos intrusivos no deseados. Este tipo de pensamientos suelen ser percibidos por la persona como incontrolables, siendo un fenómeno muy frecuente en población general, pero que juega un rol fundamental en distintos trastornos de ansiedad (Wells y Davies, 1994).

Se ha demostrado que estos intentos voluntarios y esforzados por controlar los pensamientos pueden ser contraproducentes, dando lugar a un incremento en la accesibilidad de dicho pensamiento, especialmente en situaciones de alta demanda cognitiva (Wenzlaff y Wegner, 2000). En el campo de la vulnerabilidad a la depresión y la ansiedad, este hecho implica que, paradójicamente, cuando los recursos están agotados, por efecto del estrés por ejemplo, intentar sentirse mejor controlando los pensamientos negativos puede dar lugar a un incremento del malestar (Wegner y Zanakos, 1994). También se ha podido constatar que personas que han sufrido una depresión en el pasado, presentan mayores niveles crónicos de supresión de pensamientos que aquellos individuos que nunca han estado deprimidos (Wenzlaff y Bates, 1998; Wenzlaff y Eisenberg, 2001; Wenzlaff, Meier, y Salas, 2002; Wenzlaff y Rude, 2002; Wenzlaff, Rude, Taylor, Stultz, y Sweatt, 2001), además de realizar mayores esfuerzos para mantener estados mentales positivos (Coyne y Calarco, 1995).

Wenzlaff y Wegner plantean una teoría para dar cuenta de este fenómeno paradójico, que en gran medida se asemeja a la teoría S-REF (Wegner, 1994; Wegner, Erber, y Zanakos, 1993; Wenzlaff, 2004). Estos autores proponen dos mecanismos que sustentarían la supresión de pensamientos. Por un lado, un mecanismo automático de vigilancia respecto a la aparición de pensamientos intrusivos no deseados en la conciencia. Por otro lado, un proceso voluntario de distracción, que desviaría la atención de las intrusiones experimentadas. En condiciones normales, estos mecanismos actúan conjuntamente, permitiendo a la persona mantener su conciencia libre de pensamientos no deseados. Sin embargo, puesto que el mecanismo de supresión es voluntario, éste dejará de funcionar eficazmente en situaciones de elevada demanda cognitiva (Shiffrin y Schneider, 1977; Wenzlaff et al., 2001), dejando que el mecanismo automático de vigilancia siga señalando pensamientos no deseados y haciéndolos más accesibles a la conciencia (Arndt, Cook, Goldenberg, y Cox, 2007). Estos irrumpirán en

la conciencia con mayor frecuencia e intensidad, desbordando así la capacidad de respuesta del individuo que no cuente con otros mecanismos alternativos de afrontamiento (Beavers, Wenzlaff, Hayes, y Scott, 1999).

La supresión de pensamientos parece estar estrechamente ligada a la rumiación, a pesar de que aparentemente se muestren como estrategias de afrontamiento cognitivo opuestas. Como comprobaron Wenzlaff y Luxton (2003), existe una fuerte correlación positiva entre supresión de pensamientos y rumiación comprobada experimentalmente. Estos autores proponen que la supresión de pensamientos puede agravar, paradójicamente, los estados depresivos potenciando el procesamiento rumiativo. Sugieren que, puesto que la supresión va a facilitar el retorno de los pensamientos intrusivos, la persona se verá obligada a analizarlos en mayor detalle, comenzando un proceso de rumia que, como hemos visto anteriormente, potenciará el estado de ánimo deprimido. Esta hipótesis se ha visto reforzada por un estudio de Szasz (2009) en el que se comprueba que el efecto ejercido por la supresión de pensamientos sobre la depresión se encuentra mediado totalmente por la rumiación.

1.8.1 Evaluación de la supresión de pensamientos

Probablemente, el instrumento más utilizado para evaluar supresión de pensamientos de modo específico haya sido el White Bear Suppression Inventory (WBSI) (Wegner y Zanakos, 1994). Esta escala consta de 15 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta. Si bien se ha considerado una escala específica para evaluar esta variable (Muris, Merckelbach, y Horselenberg, 1996), existe cierto debate sobre si una solución de dos factores puede resultar más adecuada (Schmidt et al., 2009). Según esto la escala constaría de un factor de supresión y otro de intrusión diferenciados (Luciano et al., 2006; Schmidt et al., 2009). A pesar de tratarse del instrumento con mayor difusión para evaluar esta variable, aún no se ha empleado con pacientes oncológicos.

Por otro lado, el Thought Control Questionnaire (TCQ) de Wells y Davies (1994) se ha empleado para evaluar diferentes estrategias de control de pensamientos intrusivos como son la distracción, el castigo, la reevaluación, el control social y la preocupación. Se ha empleado en un estudio con población oncológica, encontrándose que los pacientes que presentan malestar emocional persistente presentan mayores niveles de preocupación (Gonçalves et al., 2008). Sin embargo, la subescala de preocupación

evalúa en mayor medida rumiación, encontrándose los ítems asociados con la supresión de pensamientos repartidos entre esta subescala y la de distracción. Por ello puede no resultar una medida idónea de esta variable.

Hay que tener en cuenta que, si bien la investigación en Psicooncología ha estudiado profusamente los pensamientos intrusivos en las personas con cáncer, la supresión de pensamientos no se ha analizado de igual modo. En general se ha concebido el cáncer como un estresor tan potente y que supone tal amenaza para la vida del paciente que puede constituir un trauma para la persona, llegando incluso a generar un TEPT (Abbey et al., 2015). Desde esta perspectiva, el instrumento de evaluación más empleado ha sido la Impact of Event Scale (IES) (Horowitz, Wilner, y Alvarez, 1979), una escala para evaluar la sintomatología del TEPT que incluye dos subescalas de intrusión y evitación (posteriormente el IES-R ha incluido una tercera subescala de hiperarousal para dar cuenta de las tres dimensiones principales del TEPT). Si bien la subescala de intrusión puede reflejar de modo adecuado este tipo de pensamientos, la escala de evitación contiene tanto ítems que evalúan supresión de pensamientos, como supresión de emociones y embotamiento afectivo. Por ello, no parece que se trate de la medida más adecuada para evaluar este concepto.

Otra escala ampliamente usada ha sido la Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) (Watson et al., 1994) una escala que evalúa estrategias de afrontamiento en personas con cáncer, derivada a su vez de una escala más amplia (Ferrero, Barreto, y Toledo, 1994; Watson et al., 1988). Las estrategias evaluadas son desesperanza, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, evitación cognitiva y fatalismo. La subescala de evitación cognitiva contiene ítems muy similares a la supresión de pensamientos. Sin embargo, en las distintas muestras en que se ha empleado no queda clara la asociación de esta subescala con el malestar emocional de los pacientes, presentando resultados contradictorios (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea, y Chrysochoou, 2006; Bredal, 2010).

1.8.2 Supresión de pensamientos en pacientes oncológicos

En general, los pacientes oncológicos presentan pensamientos negativos intrusivos que se asocian a un mayor malestar emocional (Kangas et al., 2002). Estos pensamientos son similares cualitativamente a aquellos que aparecen en pacientes con

TEPT y se relacionan con la evaluación que realizan de la experiencia del cáncer (Elklit y Blum, 2011).

Según plantea la *teoría del procesamiento del trauma* (Creamer, Burgess, y Pattison, 1992) la evitación y supresión de pensamientos intrusivos es una estrategia de afrontamiento desadaptativa de la experiencia traumática, y sugiere que esta evitación media la relación entre intrusiones y el malestar psicológico subsiguiente. Bajo esta perspectiva se han realizado varios estudios, empleando la IES y sus subescalas de intrusión y evitación. Así, Manne, Glassman, y Du Hamel (2001) realizaron un estudio empírico con el fin de comprobar esta teoría en una muestra de 189 pacientes con cáncer, de los cuales 52 presentaban enfermedad avanzada y el resto eran primeros diagnósticos. Se comprobó que, según predice la teoría, la supresión de pensamientos intrusivos se asocia con un mayor malestar emocional, pero solamente en pacientes que presentaban enfermedad avanzada, no encontrándose este efecto en pacientes con diagnóstico reciente.

En la misma línea, Rissanen, Arving, Ahlgren, Cernvall, y Nordin (2014) evaluaron una muestra de 189 pacientes con cáncer de mama con el fin de determinar si la evitación, evaluada con la IES, media la asociación entre las intrusiones iniciales y el distrés un año después. Así mismo, se buscaba validar el modelo de procesamiento del trauma de Creamer et al. (1992) en pacientes recién diagnosticados. No se encontró tal asociación, sugiriendo los autores que los pacientes recién diagnosticados procesan el trauma de modo diferente a los pacientes en fases más avanzadas de la enfermedad.

Epping-Jordan et al. (1999) encontraron en una muestra de 80 pacientes con cáncer de mama que, el nivel de pensamientos intrusivos se encontraba asociado con el nivel de malestar emocional tanto durante el diagnóstico, como a los 3 y 6 meses. Además, esta variable mediaba el efecto de la edad.

Costa-Requena, Rodriguez, Fernandez, Palomera, y Gil (2011) encuentran, en una muestra compuesta por 31 mujeres con cáncer de mama al final del tratamiento, que un mayor nivel de intrusiones se asocia a mayor malestar emocional. Sin embargo, hay que tener en cuenta la limitada muestra de este estudio a la hora de extraer conclusiones.

Whitaker, Brewin, y Watson (2008) evaluaron una muestra de 160 pacientes con cáncer, encontrando que las intrusiones son un fenómeno frecuente, percibido como

incontrolable y directamente relacionado con el malestar emocional. Las intrusiones se asociaron con las subescalas de desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva de la Mini-MAC, todas estrategias desadaptativas de afrontamiento. Sin embargo, la asociación con la variable evitación cognitiva desapareció al controlar por el nivel de ansiedad. Posteriormente, Whitaker, Watson, y Brewin (2009) realizaron un estudio con 139 pacientes oncológicos que presentaban niveles significativos de ansiedad evaluados con la HADS. Se comprobó que experimentar más intrusiones se asociaba con mayor nivel de ansiedad. La evaluación negativa de las intrusiones se asoció con mayores niveles de ansiedad, depresión, rumiaciones y evitación cognitiva. En un estudio anterior de este mismo grupo, Brewin, Watson, McCarthy, Hyman, y Dayson (1998) compararon una muestra de 65 pacientes oncológicos deprimidos con un grupo control de 65 pacientes oncológicos no deprimidos. Pudo comprobarse que aquellos pacientes deprimidos presentaban mayor número de intrusiones. Además, experimentar más intrusiones se asoció con mayor preocupación ansiosa, evitación cognitiva y desesperanza, después de controlar por los niveles de depresión.

Algunos estudios también analizan muestras de pacientes que se encuentran realizando procedimientos de consejo genético. Así, Hart et al. (2012) encuentran, en una muestra de 129 que reciben consejo genético por cáncer de páncreas, que una mayor presencia de intrusiones y evitación de dichas intrusiones se asocia con un mayor malestar emocional. Observaron que las intrusiones disminuyen a lo largo del primer año, mientras que el nivel de preocupación cae a los 3 meses, pero repunta ligeramente al año. Aquellos pacientes más jóvenes (menores de 50 años) experimentaron una disminución significativa tanto de intrusiones como de evitación a lo largo del primer año.

También Bjorvatn, Eide, Hanestad, Hamang, y Havik (2009) estudian una muestra de 214 pacientes que estaban realizando procedimientos de consejo genético. Encontraron que, aquellos sujetos con menor nivel de autoeficacia al inicio y con mayor nivel de preocupación, tras el consejo genético presentaron mayores niveles de intrusión y evitación al año. Aquellas personas con familiares en primer grado con cáncer presentaron menor nivel de intrusión, mientras que aquellas con mayor nivel educativo, que presentaban cáncer, con mayor apoyo social, y mayor satisfacción con el consejo genético, presentaron menor nivel de evitación.

Han sido varios los estudios que empleando la Mini-MAC analizan la evitación cognitiva. Así, Watson et al. (1994) encuentran, en una muestra de 573 pacientes oncológicos, que la evitación cognitiva correlaciona con mayor nivel de ansiedad, pero no de depresión. En cambio, tanto las subescalas de desesperanza, como de preocupación ansiosa se asociaron con mayores niveles de ansiedad y depresión, mientras que el espíritu de lucha se asoció con niveles menores de ambas variables. En cambio, Bredal (2010) evalúa una muestra de 402 pacientes oncológicos, encontrando que la evitación cognitiva correlaciona tanto con el nivel de ansiedad como de depresión. Las subescalas de desesperanza, preocupación ansiosa y espíritu de lucha (ésta de modo inverso) también se asociaron con mayores niveles de ansiedad y depresión, mientras que el espíritu de lucha se asoció con niveles menores.

Fong y Ho (2015) encuentran, en una muestra de 364 pacientes con cáncer colorrectal o de mama, que la evitación cognitiva correlacionaba positivamente tanto con los niveles de ansiedad como de depresión evaluados con la HADS.

Pérez Rodríguez (2009) y Perez Rodríguez et al. (2014) estudiaron la presencia de TEPT o TEA en una muestra de 102 mujeres con cáncer de mama por medio de la Mini-MAC. Encontraron que una mayor evitación cognitiva se asociaba con la clasificación del paciente como caso clínico o caso probable, tanto de TEPT como de TEA. Sin embargo, otras variables como la subescala de desesperanza, la de preocupación ansiosa o los rasgos de personalidad tipo C se mostraron como mejores predictores. Otro estudio del mismo grupo (Andreu et al., 2012), analizó la asociación entre las subescalas de la Mini-MAC y el distrés evaluado con el Brief Symptoms Inventory 18 (BSI-18) en la misma muestra. Encontraron una correlación significativa entre evitación cognitiva y el nivel de malestar emocional. Sin embargo, estas variables no se asociaron en los análisis multivariados.

Otros estudios, en cambio, no constatan esta asociación entre malestar emocional y evitación cognitiva evaluada con la Mini-MAC. Por ejemplo, Johansson, Ryden, y Finizia (2011) evalúan una muestra de 95 pacientes con cáncer de laringe, incluyendo la Mini-MAC y la HADS. Encontraron que las únicas subescalas que se asociaban con niveles clínicamente significativos de ansiedad y depresión en la HADS fueron las de desesperanza y preocupación ansiosa, no existiendo una asociación con la variable de evitación cognitiva.

S. M. Ho, Fung, Chan, Watson, y Tsui (2003) al evaluar una muestra de 115 pacientes oncológicos tampoco encuentran una asociación entre la evitación cognitiva y los niveles de ansiedad o depresión. En cambio, sí encuentran una asociación significativa entre distrés y las subescalas de desesperanza, preocupación ansiosa y espíritu de lucha (ésta asociada de modo inverso). De modo similar, Kang et al. (2008) estudian una muestra de 201 pacientes oncológicos, encontrando que la evitación cognitiva no se asocia ni con el nivel de ansiedad, ni con el de depresión. Por el contrario desesperanza y preocupación ansiosa sí se asociaron con mayor sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que el espíritu de lucha se asoció con menores niveles de estas variables. Kulpa, Kosowicz, Stypula-Ciuba, y Kazalska (2014) tampoco encuentran una asociación significativa entre evitación cognitiva y ansiedad o depresión evaluadas con la HADS, al estudiar una muestra de 69 pacientes con cáncer de aparato digestivo.

Por otro lado, encontraríamos estudios realizados con la Mini-MAC en población hispanohablante. Ni Román Calderón, Krikorian, y Palacio (2015) evaluando una muestra de 126 pacientes oncológicos, ni Estapé, Estapé, Soria-Pastor, y Díez (2014) al evaluar una muestra de 434 pacientes con cáncer de mama, encontraron una asociación significativa entre evitación cognitiva y los niveles de depresión o ansiedad. Hay que tener en cuenta que las demás subescalas de la Mini-MAC en ambos estudios sí correlacionaron con ansiedad y depresión.

Por último, hay que señalar que Anagnostopoulos et al. (2006) tras analizar una muestra de 225 mujeres con cáncer de mama, concluyen que la evitación cognitiva sería una variable de afrontamiento adaptativo, pudiendo constituir un factor protector frente al malestar emocional. Sin embargo, tampoco muestra una asociación significativa con la subescala de salud mental de la prueba Short Form-36 (SF-36).

Dada la evidencia existente sobre el papel que ejerce la supresión de pensamientos en el desarrollo de la ansiedad y la depresión en población general, se hace necesario conocer su posible influencia en personas con cáncer. Puesto que los instrumentos empleados para evaluarla hasta ahora no han sido los idóneos, tanto por su propia estructura y contenidos, como por los resultados contradictorios que aportan, se plantea la necesidad de usar otros más adecuados para su medición, como es el WBSI.

Finalmente, también resultará de gran interés ahondar en el conocimiento de su relación con las rumiaciones y la influencia de ambas en el malestar emocional.

1.9 Supresión de emociones

La *supresión emocional* consiste en los intentos que una persona realiza para controlar la expresión de afectos negativos, y se trata de una variable que ha despertado gran interés en el contexto de la investigación psicosocial en pacientes oncológicos. El estudio de esta variable se deriva de las investigaciones llevadas a cabo en las décadas de los años 80 y 90 del siglo XX sobre el *patrón de conducta tipo C*, del cual constituye su núcleo central (Eysenck, 1985, 1994; Grossarth-Maticek, Bastianns, y Kanazir, 1985). Se postulaba entonces que dicho patrón de conducta podría constituir un factor de riesgo psicosocial para la aparición de un cáncer y para su pronóstico (Greer y Watson, 1985; Grossarth-Maticek, Kanazir, Schmidt, y Vetter, 1982; Temoshok, 1987). Para Temoshok las personas con personalidad tipo C serían cooperativas y tranquilas, no asertivas, pacientes, inexpresivas para las emociones negativas (sobre todo la ira) y obedientes a las autoridades (Temoshok, 1987). Para Eysenck la personalidad tipo C se caracterizaría por una tendencia a suprimir emociones negativas, como la ansiedad y la ira, así como por presentar dificultades para afrontar el estrés, desarrollando sentimientos de desesperanza e impotencia (Eysenck, 1994). Tras el prometedor desarrollo inicial de este campo surgieron críticas metodológicas y dudas respecto algunos resultados (Coyne, Stefanek, y Palmer, 2007; Derogatis, 1991; Spiegel, 1991; Van der Ploeg, 1991). Además, gran parte de los estudios realizados posteriormente con diseños adecuados y muestras amplias no han encontrado una asociación entre la tendencia a suprimir emociones y el inicio, la progresión o la mortalidad por cáncer, cuestionando la vinculación entre el patrón de conducta tipo C y determinados efectos sobre la salud (Bleiker, Hendriks, Otten, Verbeek, y van der Ploeg, 2008; Goodwin et al., 2004; O'Donnell, Fisher, Irvine, Rickard, y McConaghy, 2000; Watson, Haviland, Greer, Davidson, y Bliss, 1999). También en una revisión sobre este tema se observa que la mayor parte de la evidencia es contraria a esta asociación (Garssen, 2004). Por ello, el foco de interés ha derivado hacia el estudio de la relación entre la supresión emocional y la adaptación psicológica al cáncer, en lugar de sobre parámetros físicos.

La prueba que habitualmente se ha empleado para evaluar la supresión de emociones ha sido la Courtauld Emotional Control Scale (CECS) (Watson y Greer, 1983). Esta escala valora, por medio de 21 ítems, la tendencia a suprimir tres tipos de emociones negativas: ira, ansiedad y tristeza. Por un lado, los estudios iniciales del grupo de Watson en el Royal Marsden Hospital encuentran una asociación significativa entre una mayor tendencia a controlar las emociones y mayores niveles de malestar emocional (Watson et al., 1991; Watson, Pettingale, y Greer, 1984).

Otros estudios encuentran resultados semejantes. Así, Classen, Koopman, Angell, y Spiegel (1996) encuentran, en una muestra de 101 mujeres con cáncer de mama avanzado, que un mayor control emocional se asociaba con un mayor nivel de malestar emocional. Estos autores plantean ser cautos con los resultados, dada la naturaleza transversal del estudio. De modo similar, Cordova et al. (2003) encontraron, en una muestra de 121 pacientes oncológicos que asistían a grupos de apoyo, que menores niveles de supresión emocional correlacionaba transversalmente con menores niveles de malestar emocional.

El grupo de Iwamitsu (Iwamitsu et al., 2003; Iwamitsu et al., 2005a, 2005b) evaluó una muestra de 93 mujeres que se iban a someter a pruebas diagnósticas de cáncer de mama en la primera visita a consulta y tras la consulta en la que se les comunicó el diagnóstico, mediante escalas de supresión de emociones y de alteración emocional (POMS). Se observó una clara asociación entre el malestar emocional y recibir un diagnóstico de cáncer de mama, pero sólo en aquellas participantes con una puntuación elevada en supresión emocional. No obstante, hay que tener en cuenta algunas limitaciones, principalmente que sólo 21 pacientes recibieron un diagnóstico de cáncer de mama, siendo una muestra demasiado limitada para generalizar las conclusiones.

R. T. Ho, Chan, y Ho (2004) evaluaron una muestra de 139 mujeres supervivientes de un cáncer, tras haber estado al menos 5 años libres de enfermedad. Encontraron que la supresión de emociones se asoció significativamente con el estrés percibido, aún después de controlar los niveles de ánimo deprimido.

Durá et al. (2010) encuentran, al evaluar una muestra de 175 pacientes con cáncer de mama, que la supresión emocional inicial predice el nivel de depresión y el malestar emocional total a los 5 meses, durante la fase de tratamiento adyuvante. Sin embargo,

esta variable no fue capaz de predecir los niveles de ansiedad y somatización. En cualquier caso, los porcentajes de varianza explicada son muy pequeños, del 6% para depresión y del 4% para el malestar emocional global.

Por el contrario, otro grupo de estudios cuestiona la asociación entre supresión emocional y distrés. Así, Ando et al. (2009) evaluaron una muestra de 154 mujeres con cáncer a la llegada a un centro especializado, antes de recibir un diagnóstico. Se observó que, transversalmente, las alteraciones emocionales se asociaron con mayor ansiedad rasgo y mayor supresión de emociones de ansiedad. Posteriormente, se volvió a evaluar el estado emocional tras haber recibido un diagnóstico de cáncer de mama (38 participantes) o un diagnóstico benigno (95 participantes) (Ando et al., 2011). En esa ocasión, solamente la ansiedad rasgo pudo predecir el malestar emocional entre las pacientes con cáncer de mama, mientras que en el grupo con diagnóstico benigno los predictores de malestar emocional fueron la ansiedad rasgo y los cambios vitales negativos. El grupo de pacientes con cáncer de mama fue reevaluado más adelante tras haber sido sometidas a cirugía (entre 117–461 días después) (Nakatani et al., 2013). Se observó que la supresión emocional no fue capaz de predecir los estados emocionales de ansiedad y depresión. Estos autores, vuelven a analizar los datos posteriormente (Nakatani et al., 2014), pero esta vez dividiendo la muestra entre pacientes con alta supresión y pacientes con baja supresión. En esta ocasión sí encuentran diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión presentados por los participantes. La disparidad en los resultados encontrados empleando la misma muestra y el escaso número de participantes (31 en total) debe hacernos ser cautos en su interpretación.

En un estudio longitudinal, Bleiker, van der Ploeg, Hendriks, y Ader (1996) compararon a un grupo de pacientes con cáncer de mama con 33 grupos homogéneos de controles sanas emparejadas según diferentes variables (25 pacientes con cáncer y 33 grupos control de unas 25 personas sanas cada uno, 771 controles en total). Encuentran que entre la fase de diagnóstico y el seguimiento al año y medio las puntuaciones en control emocional descienden espontáneamente, sugiriendo que no se trata de un rasgo estable, sino más bien una respuesta contextual. En un estudio posterior (Bleiker, Pouwer, van der Ploeg, Leer, y Ader, 2000), se evaluó una muestra de 170 mujeres con cáncer de mama durante el tratamiento radioterápico y año y medio después. Se

constató que el control emocional inicial no predecía los niveles de pensamientos intrusivos ni de evitación un año más tarde.

Por último, M. Cohen (2013) obtiene unos resultados totalmente contrarios al evaluar una muestra de 241 pacientes oncológicos. En este estudio se encontró que mayor supresión de emociones se asoció con menor malestar emocional, medido tanto con la HADS como con el Termómetro del Distrés (TD). Se observaron respectivamente incrementos del 5% y el 6% de varianza explicada en los modelos de regresión frente a la capacidad predictiva de las variables sociodemográficas y clínicas. En cuanto a las subescalas de la HADS, la supresión emocional se asoció con menores niveles de depresión, pero no así con los de ansiedad. Además, mayor edad y nivel de ingresos se asociaron con menor malestar emocional.

Existe también otra línea de investigación en la que se analiza el constructo opuesto, es decir, la expresión emocional. Desde esta perspectiva varios autores han encontrado una relación entre una mayor expresión emocional y un menor distrés, lo cual sería congruente con la hipótesis sostenida por los autores que defienden la asociación entre supresión emocional y malestar emocional (Low, Stanton, y Danoff-Burg, 2006; Stanton et al., 2000; Stanton et al., 2002).

Como vemos, los resultados de los estudios que analizan el efecto de la supresión de emociones sobre el malestar emocional son inconsistentes. Se hace necesario conocer cuál es el verdadero papel jugado por esta variable en el proceso de adaptación a un cáncer, especialmente a largo plazo. También debería aclararse la naturaleza de esta variable, puesto que podría llegar a entenderse desde la óptica del control voluntario como estrategia de afrontamiento de la experiencia privada, al igual que las variables anteriores.

1.10 Variables moderadoras

1.10.1 Autoeficacia

La *autoeficacia* es una variable de reciente estudio dentro del campo de la psicooncología, si bien su desarrollo se produjo en los años 60-70 del siglo XX dentro de la teoría cognitivo-social (Bandura, 1977). Según esta teoría, las creencias de autoeficacia tienen un papel fundamental en la regulación de la motivación, y de hecho

se plantea que la conducta de una persona está mediada cognitivamente por la valoración de la propia autoeficacia. La autoeficacia se define como la creencia personal, específica para una situación, sobre la propia habilidad de iniciar comportamientos que nos lleven a la consecución de los resultados deseados (Bandura, 1997). La autoeficacia determina la cantidad de esfuerzo que una persona dedica a una situación concreta, la cantidad de estrés experimentado y el grado en que será susceptible a la ansiedad y la depresión (Maciejewski, Prigerson, y Mazure, 2000).

Hoy sabemos que la autoeficacia juega un papel crucial en la manera en que las personas se adaptan y afrontan un cáncer. Varios estudios analizan su influencia, especialmente de modo transversal y mediante técnicas multivariadas. En uno de los primeros estudios realizados, Beckham, Burker, Lytle, Feldman, y Costakis (1997), al evaluar una muestra de 42 pacientes varones con cáncer, encontraron que la autoeficacia para afrontar el cáncer se asociaba tanto con la adaptación como con el malestar emocional experimentado.

Hirai et al. (2002) estudiaron el efecto de la autoeficacia sobre el estrés presentado por 85 pacientes con cáncer avanzado. Emplearon una escala de elaboración propia que evalúa tres dominios: autoeficacia para afrontar los síntomas, autoeficacia para las actividades de la vida diaria y autoeficacia para la regulación emocional. Todos los dominios de autoeficacia se asociaron con menores niveles tanto de ansiedad como de depresión. En este estudio la autoeficacia explicaba el 71% de la varianza en malestar emocional, mientras que la condición física de los pacientes explicaba el 8% de la varianza en autoeficacia.

Porter, Keefe, Garst, McBride, y Baucom (2008), en un estudio con 175 pacientes con cáncer de pulmón, comprobaron que aquellos individuos con baja autoeficacia para manejar el dolor y los síntomas de la enfermedad puntuaban más alto en ansiedad, depresión, dolor, fatiga y síntomas del cáncer. Además, observaron que se producía un agravamiento si el cuidador principal también presentaba baja autoeficacia para el manejo del dolor y de los demás síntomas.

Albrecht et al. (2013), estudiaron una muestra compuesta por 175 pacientes con diagnóstico de melanoma, analizando tanto la influencia de la autoeficacia para afrontar el cáncer, como del tipo de tratamiento (empleo o no de interferón alfa) sobre los niveles de depresión o fatiga. Mientras que el tratamiento con interferón alfa no se

asoció con mayores niveles de depresión (pero en cambio sí se asoció a los niveles de fatiga), un mayor nivel de autoeficacia se asoció con menores niveles tanto de depresión como de fatiga.

En un estudio con 124 pacientes oncológicos que habían terminado el tratamiento, Philip, Merluzzi, Zhang, y Heitzmann (2013) encontraron que la autoeficacia para afrontar el cáncer explicaba hasta un 43% de la varianza en sintomatología depresiva. Además, también encontraron que la autoeficacia mediaba parcialmente la relación entre síntomas físicos y depresión.

Curtis, Groarke, y Sullivan (2014) en un estudio transversal con 89 pacientes recién diagnosticados de cáncer de próstata encontraron que la autoeficacia general, junto con el estrés experimentado, explicaba más de la mitad de la varianza en ansiedad y depresión.

Algunos estudios también analizan la relación entre autoeficacia y malestar emocional mediante metodología correlacional. Así, Mystakidou et al. (2010) y Mystakidou et al. (2013), al evaluar una muestra de 90 pacientes con cáncer que recibieron radioterapia externa, encontraron que la autoeficacia general correlacionó de modo inverso tanto con la sintomatología depresiva y ansiosa, como con los síntomas físicos asociados al cáncer. También Sheppard, Harper, Davis, Hirpa, y Makambi (2014), en un estudio con 82 mujeres afroamericanas diagnosticadas de cáncer de mama, encontraron que la autoeficacia correlacionaba negativamente tanto con los niveles de ansiedad como de depresión.

Pocos estudios analizan la influencia de la autoeficacia de modo longitudinal. Ranchor et al. (2002) analizaron una muestra de 99 pacientes oncológicos en un estudio longitudinal. Encontraron que, si bien la autoeficacia correlacionaba significativamente con el malestar emocional al inicio, a los 2 y a los 12 meses esta asociación desaparecía cuando se controlaba la edad, el sexo, el nivel educativo y el estrés premórbido. Manne et al. (2006) también evalúan longitudinalmente una muestra de 95 mujeres con cáncer de mama después de la cirugía y al año. Encuentran que mayor autoeficacia se asocia con una mayor adaptación psicológica de modo transversal, pero no longitudinalmente. Por último, Melchior et al. (2013), en un estudio con 118 pacientes con cáncer de mama, encontraron que la autoeficacia general se asociaba transversalmente con el

miedo a recaer. Sin embargo, en el seguimiento al año, tras haber controlado por los niveles iniciales de miedo a recaídas, esta asociación desaparecía.

Algunos estudios analizan la influencia de la autoeficacia sobre la calidad de vida y el nivel de funcionamiento de los pacientes. Por ejemplo, Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen, y Johansen (2010) evaluaron una muestra de 684 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama dentro de un estudio de seguimiento a un año. Se constató que un mayor nivel de autoeficacia general al inicio predecía una mayor calidad de vida psicológica un año más tarde. Sin embargo, la autoeficacia no se asoció con la calidad de vida física o social en el seguimiento. También Castro, Ponciano, Meneghetti, Kreling, y Chem (2012) encuentran, en una muestra de 50 pacientes oncológicos, que la autoeficacia general se asocia con la calidad de vida transversalmente (tanto al inicio como al año). Sin embargo la autoeficacia inicial no predijo la calidad de vida en el seguimiento al año. En otro estudio, Phillips y McAuley (2014) encontraron que la autoeficacia para realizar ejercicio físico mediaba prospectivamente la relación entre la propia actividad física y la calidad de vida en una muestra de 1.527 pacientes con cáncer de mama. Además, los autores señalan el potencial que tiene un factor proximal y modificable como es la autoeficacia para mejorar la calidad de vida de los pacientes, recomendando su inclusión en los programas de ejercicio físico para pacientes oncológicos. Por último, W. W. Lam y Fielding (2007) encuentran, en un estudio con 367 mujeres con cáncer de mama que debían someterse a intervención quirúrgica, que una mayor autoeficacia general se asocia con un mejor funcionamiento social.

Esta variable ha cobrado una gran relevancia en las últimas décadas, llegando incluso a asociarse con la supervivencia de los pacientes, si bien en un estudio con una muestra pequeña (De Boer et al., 1998). Además, sabemos que la autoeficacia juega un papel fundamental en las conductas de salud y por ello numerosos programas de prevención, tanto primaria como secundaria, proponen la inclusión de esta variable (Schwarzer y Luszczynska, 2008). Incluso se han llegado a diseñar programas de tratamiento específico para mejorar la autoeficacia en pacientes con cáncer (Lev et al., 2001).

Como vemos, la mayor parte de los estudios transversales encuentran que mayores niveles de autoeficacia se asocian con menor malestar emocional y con una

mejor adaptación a la enfermedad. Sin embargo, esta asociación tiende a desaparecer en los análisis longitudinales, especialmente cuando se controla el efecto de otras variables. También merece la pena señalar que las medidas de autoeficacia empleadas principalmente han sido las de autoeficacia general y de autoeficacia para afrontar el cáncer. Conviene señalar en este punto, que el propio Albert Bandura critica el concepto de autoeficacia general y plantea evaluar la autoeficacia referida a dominios específicos (Bandura, 2006). Igualmente, el concepto de autoeficacia para afrontar el cáncer parece ser de cuestionable validez, sobre todo teniendo en cuenta las diversos tipos de enfermedad oncológica con su problemática específica, además de sus múltiples facetas y retos en cada una de las etapas. Aunque algunos cuestionarios incluyen subescalas que estudian distintos dominios de autoeficacia, el concepto que surge puede resultar equívoco. Así pues, nos parece de mayor interés el uso de una medida de autoeficacia para afrontar el estrés (Godoy Izquierdo et al., 2008), ya que este dominio constituye un elemento común a todos los casos en oncología y en él los individuos ya tienen experiencia previa a partir de otros sucesos vitales.

1.10.2 Apoyo social

Entre las variables psicosociales más estudiadas en psicooncología se encuentra el *apoyo social* (Durá y Garcés, 1991). Sobre todo estudiado como un factor de riesgo de malestar emocional, se trata de una variable que llega a asociarse incluso con un mayor riesgo de mortalidad (Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, y Kawachi, 2006), probablemente debido a que implica un menor acceso a los cuidados necesarios. También se ha sugerido su asociación con la progresión del cáncer de mama, pero no con la de otros tumores (Nausheen, Gidron, Peveler, y Moss-Morris, 2009).

Tradicionalmente se ha considerado una variable que promueve la adaptación psicológica y la calidad de vida de las personas. Se considera que el entorno social puede proporcionar información relevante sobre la situación amenazante, disminuyendo su impacto, además de proporcionar recursos para afrontarla (Bottomley y Jones, 1997; S. Cohen y Wills, 1985).

La investigación ha demostrado también que, en algunos casos, las relaciones sociales pueden ejercer un efecto negativo sobre el estado emocional de las personas. Esto ocurrirá cuando dichas relaciones supongan una amenaza para la autoestima, la

autonomía y la toma de decisiones de la persona (Coyne y DeLongis, 1986). Por otro lado, también hay estudios que no encuentran asociación entre apoyo social y malestar emocional (Gonçalves et al., 2008; Philip et al., 2013).

Tardy (1985) considera que este constructo es multidimensional e identifica cinco ámbitos que se encontrarían englobados en el apoyo social: a) la direccionalidad, es decir si se provee o si se recibe el apoyo; b) la disposición del apoyo ante situaciones hipotéticas y/o reales; c) la descripción y evaluación, incluyendo las acciones de apoyo y su adecuación; d) el contenido del apoyo, donde se diferencia apoyo emocional, instrumental, informativo y valorativo, y e) las redes sociales, referida a la fuente de donde proviene el apoyo: familia, amigos, vecinos, etc.

Los instrumentos empleados para evaluarlo han sido diversos (Tabla 1.2), pero en general, se han empleado cuestionarios de apoyo social percibido, más que de apoyo social efectivamente recibido. Así, se han empleado cuestionarios como el Brief Social Support Questionnaire (SSQ-6) (Siegett, Patten, y Walkey, 1987), el Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (Broadhead, Gehlbach, de Gruy, y Kaplan, 1988), la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988), la Social Support List (SSL) (Kempen y Van Eijk, 1995), la Illness-specific Social Support Scale (Revenson, Schiaffino, Majerovitz, y Gibofsky, 1991), la Social Support Interview (Surtees, 1980), la Social Support Scale (S. Cohen, 1992), la Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) (S. Cohen, Mermelstein, Kamark, y Hoberman, 1985) y la Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS-SSS) (Sherbourne y Stewart, 1991).

En una revisión sistemática realizada sobre 14 estudios que incluían 2.759 pacientes con cáncer de pulmón, Luszczynska, Pawlowska, Cieslak, Knoll, y Scholz (2012) encontraron que dos terceras partes de los estudios encontraban asociaciones significativas entre el apoyo social percibido proveniente de familiares y amigos y la calidad de vida física y emocional. También el apoyo percibido proveniente de profesionales sanitarios se asociaba con la calidad de vida en dos terceras partes de los estudios.

Tabla 1.2. Escalas de apoyo social empleadas en los distintos estudios con población oncológica.

Brief Social Support Questionnaire (SSQ-6)	<ul style="list-style-type: none"> Dunn et al. (2013)
Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> Eom et al. (2013)
Multidimensional Scale of Perceived Social Support	<ul style="list-style-type: none"> Hann et al. (2002)
Social Support List (SSL)	<ul style="list-style-type: none"> Ranchor et al. (2002) Schroevers, Ranchor, y Sanderman (2003)
Illness-specific Social Support Scale	<ul style="list-style-type: none"> Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland, y Koch (2010)
Social Support Interview	<ul style="list-style-type: none"> Grassi y Rosti (1996)
Social Support Scale	<ul style="list-style-type: none"> Liao et al. (2015)
Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)	<ul style="list-style-type: none"> Trevino, Fasciano, Block, y Prigerson (2013)
Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS-SSS)	<ul style="list-style-type: none"> Costa-Requena, Ballester-Arnal, Qureshi, y Gil (2014) Waters, Liu, Schootman, y Jeffe (2013)

Distintos estudios encuentran una asociación transversal entre apoyo social y alteraciones psicopatológicas. Por ejemplo, Hann et al. (2002) evalúan una muestra de 342 pacientes oncológicos encontrando que el apoyo social percibido se asocia significativamente con el nivel de depresión. Encuentran además, que este efecto no está mediado ni por la edad ni por el sexo de los participantes. También Mehnert et al. (2010) encontraron, en una muestra compuesta por 511 hombres diagnosticados de cáncer de próstata tras someterse a cirugía, que menor apoyo social, junto a la pérdida de interacciones y la percepción subjetiva de amenaza, se asociaba con la presencia de mayor comorbilidad psicológica (ansiedad, depresión o TEPT). Del mismo modo, Eom et al. (2013) evaluaron una muestra de 1.930 pacientes oncológicos, encontrando que un menor apoyo social se relacionaba con mayores niveles de depresión y con menor calidad de vida.

Algunos estudios analizan la influencia del apoyo social sobre el malestar emocional de modo longitudinal. Así, Grassi y Rosti (1996) evalúan una muestra de 52

pacientes oncológicos, tras recibir el diagnóstico y 6 años después, encontrando que el apoyo social inicial predecía la adaptación psicológica en el seguimiento.

También Schroevers et al. (2003) analizan una muestra de 475 pacientes oncológicos y 255 participantes de población general, realizando evaluaciones a los 3 y a los 15 meses tras el diagnóstico. Como medida de apoyo social emplearon la Social Support List (SSL), por medio de las subescalas de apoyo emocional percibido, ausencia de apoyo social dirigido a la resolución de problemas e interacciones negativas. Los análisis multivariados a los 3 meses mostraron que cada una de las subescalas de apoyo social, de modo independiente, se asociaban con el nivel de depresión. Las varianzas explicadas fueron del 6%, 20% y 16% respectivamente. Los análisis multivariados a los 15 meses mostraron que el apoyo emocional percibido no predecía el nivel de depresión. La ausencia de apoyo emocional dirigido a la resolución de problemas y las interacciones negativas sí fueron capaces de predecirlo, pero explicando únicamente el 1% de la varianza cada una.

Del mismo modo, Dunn et al. (2013) evalúan una muestra de 1.966 pacientes con cáncer colorrectal en un seguimiento a 5 años. La presencia de depresión persistente fue predicha por el apoyo social insuficiente junto con una edad menor y problemas socioeconómicos. La presencia de ansiedad persistente fue predicha por el apoyo social insuficiente junto con el sexo masculino, menor edad, bajo nivel educativo, estadio avanzado, y problemas socioeconómicos.

Finalmente, Costa-Requena et al. (2014) emplean la escala MOS-SSS para evaluar una muestra de 67 pacientes oncológicos en un estudio longitudinal. Encuentran que el apoyo social inicial predice puntuaciones mayores en las tres dimensiones evaluadas del TEPT (hiperactivación/reexperimentación, embotamiento afectivo y evitación) a los 6 meses tras finalizar el tratamiento. Al año, un mayor apoyo social inicial sólo predijo el grado de embotamiento afectivo.

Por otro lado, algunos estudios obtienen resultados negativos o contrarios a lo esperado al analizar la influencia del apoyo social sobre el malestar emocional. Por ejemplo, Philip et al. (2013) no encontraron que el apoyo social percibido fuese una variable explicativa significativa de los síntomas depresivos, en un estudio con 124 pacientes oncológicos que habían terminado el tratamiento.

Liao et al. (2015) evalúan una muestra de 97 pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas. Encuentran que el recibir apoyo social por parte de un profesional sanitario, junto con la ansiedad-estado y el tiempo desde el diagnóstico, predecía un mayor nivel de distrés a los 4 meses. Este resultado entraría en contradicción con la literatura previa (Luszczynska et al., 2012) y no recibe una explicación satisfactoria por parte de los autores.

Otro estudio que aporta resultados contrarios es el de Ranchor et al. (2002). En él evaluaron una serie de variables en una muestra de 5.279 sujetos que estaban realizando un estudio poblacional sobre envejecimiento. Noventa y nueve personas desarrollaron cáncer en los 4 años siguientes y realizaron todas las evaluaciones a los 3, 6 y 12 meses tras el diagnóstico. Encontraron que, el malestar emocional inicial, el neuroticismo y el apoyo social predecían el malestar emocional a los 12 meses, siendo la dirección de la asociación con apoyo social la opuesta a la esperada. Los autores hipotetizan que esta relación se puede deber a una sobreprotección premórbida por parte de las parejas, la cual tendría efectos negativos en la adaptación de los pacientes. También sugieren que pueda deberse a un factor subyacente de vulnerabilidad, el cual implica una mayor necesidad de apoyo y un mayor distrés.

Otros estudios analizan la influencia del apoyo social sobre la calidad de vida de los pacientes. Así, Trevino et al. (2013) evalúan una muestra de 71 adultos jóvenes con cáncer avanzado, encontrando que el apoyo social total se asocia significativamente con el nivel de calidad de vida psicológica presentado por los pacientes. Waters et al. (2013) evalúan, mediante la escala MOS-SSS, una muestra de 435 mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos, a los 6 meses tras la cirugía y a los 12 y 24 meses. Encuentran que, el bajo apoyo social, junto con mayor preocupación por la progresión del cáncer, se asociaba con menor calidad de vida a los 6 meses, desapareciendo dicha asociación en el seguimiento a los 24 meses.

Como vemos, existe una gran variedad de resultados en los estudios que analizan el papel del apoyo social en la adaptación psicológica de los pacientes con cáncer. Probablemente la gran diversidad de pruebas empleadas para valorarla, así como otras diferencias metodológicas y muestrales se encuentren detrás de estas discrepancias. Por ello se hace necesario ahondar en conocimiento de esta variable, así como controlar su

posible efecto, a tenor de los numerosos estudios que la vinculan con el malestar emocional.

1.11 Otras variables predictoras de malestar emocional

Diversos estudios han analizado la posibilidad de que determinadas variables aumenten el riesgo de que una persona con cáncer desarrolle malestar emocional clínicamente significativo, o incluso que llegue a presentar trastornos de ansiedad o depresión. Además de las que se han analizado detalladamente en los apartados anteriores, veremos brevemente otras variables analizadas en la literatura.

1.11.1 Variables sociodemográficas

En general, los estudios encuentran que las variables edad y sexo se asocian con los niveles de malestar emocional presentado por los pacientes. Así, una menor edad se ha asociado frecuentemente con mayores niveles de distrés (Admiraal, Reyners, y Hoekstra-Weebers, 2013; Bisson et al., 2002; Boyes et al., 2013; Dunn et al., 2013; Graves et al., 2007; Linden, Vodermaier, Mackenzie, y Greig, 2012; Neilson et al., 2013; T. R. Norton et al., 2004; Schroevers et al., 2003; Strong et al., 2007). Otros estudios han encontrado también que el sexo femenino puede asociarse con el distrés (Admiraal et al., 2013; Linden et al., 2012; Spencer, Nilsson, Wright, Pirl, y Prigerson, 2010; Strong et al., 2007). Sin embargo, Dunn et al. (2013) encontraron, en una muestra de pacientes con cáncer colorrectal, que el sexo masculino era un factor de riesgo para presentar ansiedad persistente.

Otras variables que en algunos casos se han asociado con el nivel de malestar emocional han sido el nivel educativo y el estatus marital, si bien son una minoría (Schroevers et al., 2003; Tojal y Costa, 2015).

1.11.2 Variables clínicas

De entre la gran diversidad de variables clínicas analizadas en los estudios, probablemente el tipo de tumor diagnosticado y el estadio han sido las que se han analizado con mayor frecuencia y las que se han relacionado en mayor medida con los niveles de malestar emocional o de sintomatología ansiosa y depresiva. Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, y Piantadosi (2001) evalúan una muestra de 4.496

pacientes oncológicos con 14 tipos diferentes de tumor. Encuentran que aquellos pacientes con cáncer de pulmón presentaban mayor nivel de distrés que la mayor parte de diagnósticos, salvo cerebro, hígado, páncreas y cabeza y cuello, los cuales también presentaban niveles elevados de distrés. Tener cáncer de pulmón o de cerebro se asoció con presentar mayores niveles de distrés en los análisis multivariados.

Linden et al. (2012) encontraron, en una muestra de 10.153 pacientes oncológicos, que aquellos con cánceres ginecológicos, de pulmón y de cabeza y cuello presentaron los niveles más altos de ansiedad, mientras que los de próstata y piel presentaron niveles significativamente más bajos. Los pacientes con cáncer de pulmón, hematológico y ginecológico presentaron niveles significativamente más altos de depresión que el promedio, mientras que los de próstata y piel vuelven a ser los que presentan niveles más bajos. En otro estudio de este mismo grupo, Vodermaier, Linden, MacKenzie, Greig, y Marshall (2011) encontraron que un estadio más avanzado se asocia con mayor malestar emocional para casi todos los diagnósticos, salvo para el cáncer de mama.

Carlson et al. (2004) evaluaron una muestra de 3.095 pacientes oncológicos, encontrando que aquellos con un diagnóstico de pulmón, páncreas y cabeza y cuello presentaban un mayor nivel de malestar emocional.

Strong et al. (2007) al evaluar una muestra de 3.071 pacientes oncológicos encuentra que la edad, el sexo, el diagnóstico oncológico y el presentar enfermedad activa se asociaban con un nivel de malestar emocional clínicamente significativo. Sin embargo, los análisis multivariados mostraron que únicamente una edad menor, el sexo femenino y el tener enfermedad activa se asociaron con mayor malestar emocional.

Admiraal et al. (2013) evalúan una muestra de 1.350 pacientes oncológicos en distintas fases del tratamiento de modo transversal mediante el TD. Encuentran que las mujeres jóvenes experimentaban mayor distrés que los demás grupos. Además, los pacientes con cáncer de próstata experimentaron un menor nivel de distrés que aquellos con cáncer de mama, pulmón aparato digestivo ginecológico o de cabeza y cuello. Del mismo modo, una menor intensidad del tratamiento médico recibido se asoció con menor nivel de distrés.

Kugaya et al. (2000) encuentran, en una muestra de 107 pacientes con cáncer de cabeza y cuello, que presentar un estadio avanzado de la enfermedad y vivir solo se asociaban significativamente con el nivel de distrés.

T. R. Norton et al. (2004) evaluaron una muestra de 143 mujeres con cáncer de ovario. Encontraron que un mayor nivel de distrés se asoció con la presencia de enfermedad avanzada, menor edad, y menor tiempo desde el diagnóstico.

Otro grupo de estudios analiza la influencia de los síntomas físicos y el nivel de funcionamiento de los pacientes. Así, Bleiker et al. (2000) evalúan una muestra de 170 pacientes con cáncer de mama durante el tratamiento de radioterapia y 21 meses después de la intervención quirúrgica. Encuentran que los únicos predictores del malestar emocional, evaluado con la subescala de intrusión del IES, serían las intrusiones al inicio, las quejas de salud y los problemas de sueño, evaluados éstos mediante la prueba Symptom Checklist-90 (SCL-90).

Spencer et al. (2010) evaluaron una muestra de 635 pacientes con cáncer avanzado, observando que, ser mujer, tener una edad menor y presentar más problemas físicos se asociaba con mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Valdes-Stauber, Vietz, y Kilian (2013) evalúan una muestra de 290 pacientes oncológicos de áreas rurales, encontrando que la fatiga, la presencia de metástasis, y las limitaciones en el funcionamiento se asocian a un mayor malestar emocional.

Graves et al. (2007), al evaluar una muestra de 333 pacientes con cáncer de pulmón, encuentran que una menor edad, junto con la presencia de síntomas específicos de depresión y ansiedad y la presencia de dolor o fatiga, se asociaban con el nivel de distrés.

Neilson et al. (2013) encontraron, en una muestra de 101 pacientes con cáncer de cabeza y cuello, que los síntomas físicos debidos al tumor o al tratamiento predecían el nivel de depresión a los 18 meses. Una menor edad y mayores síntomas físicos predijeron el nivel de ansiedad.

Como dijimos anteriormente, Brinkman et al. (2013) en un estudio de seguimiento a largo plazo con supervivientes de cáncer infantil, encuentran que la percepción de empeoramiento de la salud física fue el único predictor significativo del grupo con

incremento de síntomas. Además, el empeoramiento de la salud física, el empeoramiento del dolor y el fin del tratamiento analgésico predijeron la pertenencia al grupo de síntomas persistentes.

Boyes et al. (2013) evaluaron mediante la HADS a una muestra comunitaria de 1.154 pacientes oncológicos a los 6 y a los 12 meses tras recibir el diagnóstico. Los factores que mejor predijeron niveles clínicos de ansiedad en el seguimiento fueron presentar mayores niveles de psicopatología al inicio y el sexo femenino. Las variables que mejor predijeron la depresión en el seguimiento fueron la psicopatología al inicio, el presentar cáncer de pulmón, la actividad física insuficiente y el no encontrarse en remisión. De nuevo, la psicopatología inicial junto a ser o haber sido fumador, fueron las variables que en mayor medida predijeron la ansiedad y depresión comórbidas al año.

Iwatani, Matsuda, Kawabata, Miura, y Matsushima (2013) estudiaron una muestra de 222 mujeres que estaban realizando pruebas para determinar si padecían cáncer de mama (85 con hallazgos patológicos). Las evaluaciones se realizaron antes de acudir a la primera consulta en un centro especializado para confirmar hallazgos patológicos y posteriormente durante las pruebas radiológicas y tras comunicarles el diagnóstico oncológico. Presentar un nivel elevado tanto de ansiedad como de depresión al inicio predijo el nivel de distrés durante las pruebas radiológicas en aquellas mujeres con hallazgos patológicos. Presentar un nivel elevado de ansiedad al inicio y un estadio avanzado predijeron el nivel de distrés tras el diagnóstico.

Kwak et al. (2013b) analizan una muestra de 215 adolescentes y adultos jóvenes con cáncer. Los únicos predictores significativos de distrés al año, en los análisis multivariados, fueron el encontrarse recibiendo tratamiento y no estar trabajando o asistiendo al centro de estudios. No encuentran ninguna relación con el tipo de cáncer ni con su estadio. Este grupo también estudió los predictores de TEPT (Kwak et al., 2013a), encontrando que recibir tratamiento, haber sido intervenido quirúrgicamente, recibir un diagnóstico con alta probabilidad de supervivencia y no estar trabajando o asistiendo al centro de estudios, se asocian con mayor sintomatología de TEPT.

Como vemos, distintos estudios encuentran que determinadas variables clínicas se asocian frecuentemente con mayor malestar emocional. Así, determinados tipos de cáncer, un estadio más avanzado, mayor sintomatología física y dolor, mayores

limitaciones físicas, peor nivel de funcionamiento y más síntomas psicopatológicos al inicio suelen asociarse con mayor estrés, si bien no son relaciones que encuentren todos los estudios.

1.11.3 Variables psicológicas

Entre las variables psicológicas que se han asociado de modo más consistente con el malestar emocional en pacientes oncológicos tenemos el neuroticismo, la ansiedad rasgo y el locus de control.

En el estudio anteriormente comentado de Ranchor et al. (2002), se evaluó una muestra de 5.279 sujetos dentro de un estudio poblacional sobre envejecimiento. De ellos, 99 personas desarrollaron cáncer en los 4 años siguientes y realizaron todas las evaluaciones a los 3, 6 y 12 meses tras el diagnóstico. Encontraron que, el malestar emocional inicial y el neuroticismo predecían el malestar emocional a corto plazo (3 meses), mientras que a largo plazo (12 meses) lo predecían el malestar emocional inicial, el neuroticismo y el apoyo social. Como vimos anteriormente, la influencia del apoyo social fue la opuesta a la esperada.

También Gonçalves et al. (2008) encontraron que el neuroticismo predecía el nivel de depresión a los 3 meses tras iniciar el tratamiento, en una muestra de 85 mujeres con cáncer de ovario.

Tecchio et al. (2013) evaluaron una muestra de 99 pacientes en aislamiento durante el procedimiento de trasplante de células madre. Encontraron que un menor nivel de funcionamiento, una mayor estabilidad emocional y una mayor ansiedad rasgo antes del aislamiento predicen el nivel de ansiedad a las 4 semanas. Por otro lado, el género femenino, un bajo nivel de desempeño, la introversión, una activación psicofisiológica elevada, una mayor ansiedad rasgo y una mayor ansiedad estado predijeron el nivel de depresión.

Van Esch, Roukema, Ernst, Nieuwenhuijzen, y De Vries (2012) evalúan una muestra de 407 mujeres con cáncer de mama, antes de recibir el diagnóstico, a los 12 y a los 24 meses tras la intervención quirúrgica. Encuentran que un nivel elevado de síntomas combinados de ansiedad y depresión al inicio, junto con mayor ansiedad rasgo y neuroticismo predicen el nivel de ansiedad a los 12 meses, explicando el 38% de la varianza. Los síntomas combinados de ansiedad y depresión iniciales y la ansiedad

rasgo predijeron también el nivel de ansiedad a los 24 meses, explicando el 26% de la varianza. Por otro lado, los síntomas depresivos al inicio y el neuroticismo predijeron el nivel de sintomatología depresiva a los 12 meses, lo cual explicaba el 34% de la varianza. Finalmente, los síntomas combinados de ansiedad y depresión al inicio, junto con la ansiedad rasgo y el neuroticismo predijeron el nivel de depresión a los 24 meses, explicando el 26% de la varianza. Además, tanto los síntomas combinados de ansiedad y depresión, como el neuroticismo, predijeron la calidad de vida tanto a los 12 como a los 24 meses.

También se ha visto cómo la psicopatología previa o el nivel inicial de ansiedad y depresión se asocian con mayor malestar emocional posteriormente (Boyes et al., 2013; Iwatani et al., 2013). Así, otros estudios, como el visto anteriormente de Thomsen et al. (2013), encuentran que los niveles iniciales de malestar emocional predicen los niveles de malestar emocional en el seguimiento. Asimismo, Hulbert-Williams et al. (2012) encuentran, al evaluar una muestra de 156 pacientes oncológicos, que únicamente la ansiedad inicial predecía la ansiedad a los 6 meses tras el diagnóstico y que tanto el nivel de calidad de vida como de depresión al inicio predecían la depresión a los 6 meses. De modo similar, Wang et al. (2014) al evaluar una muestra de 504 pacientes oncológicos encuentran que, mayor sintomatología depresiva tras recibir el diagnóstico, junto con un uso reducido de las estrategias de regulación emocional de aceptación, reorientación positiva y reevaluación positiva predecían el nivel de depresión un mes después, explicando casi el 57% de la varianza.

Por último, varios estudios han analizado la relación entre distrés y locus de control interno. Por locus de control interno entendemos la percepción que tiene la persona de que los acontecimientos ocurren como efecto de sus propias acciones. Esta variable presenta ciertas similitudes con la autoeficacia, al implicar percepciones de control que desarrolla el individuo (Neipp, López-Roig, y Pastor, 2007). Sin embargo, la tendencia en psicooncología se ha dirigido hacia el estudio de la autoeficacia, probablemente por su mayor especificidad a la hora de evaluar un dominio o actividad. A pesar de todo ello, algunos autores plantean que tanto locus de control como autoeficacia son en realidad manifestaciones de un mismo constructo subyacente (Ajzen, 2002; Judge, Erez, Bono, y Thoresen, 2002). En una revisión, Allart, Soubeyran, y Cousson-Gelie (2013) encuentran un nivel de evidencia fuerte de que a

mayor locus de control interno, mejor adaptación a la enfermedad, al menos en pacientes hematológicos. Cousson-Gelie, Irachabal, Bruchon-Schweitzer, Dilhuydy, y Lakdja (2005) encontraron, al evaluar una muestra de 157 mujeres con un primer diagnóstico de cáncer de mama, que el locus de control interno predecía significativamente el 38% de la varianza en ansiedad a los 2 años. De modo similar, Arraras, Wright, Jusue, Tejedor, y Calvo (2002) analizan una muestra mixta de 51 pacientes oncológicos con dolor y 67 pacientes no oncológicos con dolor crónico, encontrando que un menor locus de control interno se asociaba con mayor nivel de depresión. También Grassi y Rosti (1996) analizaron una muestra de 52 pacientes oncológicos en un seguimiento de 6 años. Encontraron que un mayor locus de control interno inicial se asociaba tanto con una mayor adaptación psicológica, como con un menor distrés a los 6 años. Sin embargo, existen otros estudios que no encuentran asociación entre locus de control y adaptación psicológica o distrés (Watson, Prunyn, Greer, y van den Borne, 1990).

1.12 Resumen

Como hemos visto, el cáncer supone un problema sanitario de primera magnitud. Además una de las principales complicaciones que presenta es el desarrollo de comorbilidades psicopatológicas, las cuales generan un gran sufrimiento personal para los pacientes y sus familiares, además de suponer un incremento significativo de los costes sanitarios (Melek y Norris, 2008; Naylor et al., 2012). De hecho, entre el 14-16% de los pacientes oncológicos presentará trastornos depresivos, el 10% trastornos ansiosos y el 19% trastornos adaptativos, siendo la prevalencia para cualquier trastorno del 38% (Mitchell et al., 2011). Esto hace necesario ahondar en los mecanismos que predisponen a un número tan elevado de pacientes a desarrollar estas alteraciones psicológicas.

El modo en que una persona afronta un estresor tan potente como es el cáncer juega un papel fundamental para su adecuada adaptación a lo largo del proceso de enfermedad. Sin embargo, dependiendo de cómo evalúe este estresor y de las estrategias empleadas para enfrentarse, sus recursos pueden llegar a verse desbordados facilitando la aparición de psicopatología (Lazarus, 2000).

Los modelos explicativos de ansiedad y depresión más empleados en la actualidad son los cognitivo-conductuales. Estos modelos han tenido importantes desarrollos en las últimas décadas, poniendo un mayor énfasis en los procesos cognitivos, más que en los contenidos (Vázquez et al., 2008; K.G. Wilson y M.C. Luciano, 2007). Entre estas variables nos encontramos con la rumiación, la supresión de pensamientos y la supresión de emociones, las cuáles implican un control voluntario de la experiencia privada por parte de la persona y constituyen estrategias desadaptativas de afrontamiento (Beevers et al., 1999). Como hemos visto, diferentes estudios constatan el efecto nocivo que estas variables pueden ejercer de cara a desarrollar trastornos psicopatológicos.

En el caso de las personas que han sido diagnosticadas de un cáncer tiene especial interés el conocer qué variables pueden favorecer la aparición de síntomas de ansiedad y depresión, con el fin de detectar y tratar precozmente a las personas en riesgo de desarrollarlos. Han sido diversas las variables estudiadas para llegar a conocer la evolución psicológica de los pacientes oncológicos. Algunas como el apoyo social y la autoeficacia parecen tener un papel importante, si bien pueden existir dudas sobre sus efectos en estudios de seguimiento. En cambio, las variables de procesamiento cognitivo aún no han sido estudiadas en profundidad. En el caso de la rumiación, a pesar de que presenta un interés creciente (Galfin y Watkins, 2012; K. F. Lam et al., 2015; Perez et al., 2011; Thomsen et al., 2013), apenas se ha evaluado en estudios longitudinales. La supresión de pensamientos no se ha evaluado aún de modo específico en este campo, sino de modo indirecto, por medio de instrumentos que no resultan adecuados (Brewin et al., 1998; Costa-Requena et al., 2011; Gonçalves et al., 2008). Por último, la supresión de emociones, a pesar de haber sido estudiada en psicooncología (Ando et al., 2009; Cordova et al., 2003; Durá et al., 2010; Garssen, 2004), aún no se ha considerado como otra posible manifestación del control cognitivo que la persona ejerce para manejar estados emocionales intensos o desagradables, sino como una forma de represión. Además, existen resultados contradictorios sobre su influencia en el malestar emocional.

2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Justificación del estudio

Los modos de procesamiento cognitivo juegan un rol fundamental como factores de vulnerabilidad para desarrollar sintomatología ansiosa y depresiva en población general. La investigación de estas variables en población oncológica es, por el momento, escasa y parcial, haciendo necesario profundizar en su estudio, así como en sus relaciones con variables clínicas y sociodemográficas.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo principal 1

Determinar qué factores cognitivos se asocian con el desarrollo de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos de modo transversal.

2.2.1.1 Objetivos específicos

- Contrastar que las variables cognitivas evaluadas tras el diagnóstico oncológico (rumiaciones, supresión de pensamientos y de emociones) se asocian con la presencia de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión en el momento inicial.
- Contrastar que las variables cognitivas evaluadas al año (rumiaciones, supresión de pensamientos y de emociones) se asocian con la presencia de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión un año después del diagnóstico.
- Determinar de qué modo se relacionan dichos factores de riesgo con variables moderadoras, sociodemográficas y clínicas.

2.2.2 Objetivo principal 2

Determinar qué factores cognitivos se asocian con el desarrollo de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos de modo longitudinal.

2.2.2.1 Objetivos específicos

- Contrastar que las variables cognitivas (rumiaciones, supresión de pensamientos y de emociones) predicen la presencia de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión un año después del diagnóstico.
- Determinar de qué modo se relacionan dichos factores de riesgo con variables moderadoras, sociodemográficas y clínicas.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis 1

Los modos de procesamiento cognitivo caracterizados por la tendencia a la rumiación, a suprimir pensamientos y emociones, se asocian transversalmente con un mayor riesgo de presentar malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes recién diagnosticados de cáncer.

2.3.2 Hipótesis 2

Los modos de procesamiento cognitivo caracterizados por la tendencia a la rumiación, a suprimir pensamientos y emociones, predicen el malestar emocional, así como la sintomatología ansiosa y depresiva, en pacientes con cáncer, un año después del diagnóstico.

3 MÉTODO

3.1 Ámbito de estudio

El presente estudio se ha llevado a cabo dentro de un programa de cribado de malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer. Dicho programa, denominado “Primer Impacto” se realizó por medio de un convenio de colaboración entre el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y la Asociación Española Contra el Cáncer. Los facultativos de servicios implicados en la atención de pacientes con cáncer (Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hematología, Ginecología Oncológica y Hospital de Día Médico) realizaron, de modo no sistemático, las derivaciones de los nuevos pacientes diagnosticados. Dicha valoración se realizaba durante los 4 meses posteriores a recibir el diagnóstico oncológico, e incluía una entrevista diagnóstica y una evaluación psicométrica de screening de malestar emocional por medio del Termómetro del Distrés (TD) (Roth et al., 1998).

3.2 Descripción del procedimiento

Tras contactar con cada paciente candidato, se concertaba una cita con aquellos que aceptaban participar en el programa de cribado, dentro de los 4 primeros meses tras recibir el diagnóstico oncológico. En dicha cita, primeramente se realizaba la consulta diagnóstica, para posteriormente ofertar la participación en el estudio, proporcionando verbalmente toda la información necesaria y resolviendo posibles dudas. Una vez el paciente aceptaba participar se firmaba la hoja de consentimiento y se explicaba cómo debían cumplimentarse los cuestionarios. Todos ellos se respondieron de manera autoaplicada por el paciente, quien los contestaba en su domicilio, para posteriormente entregarlos en el hospital.

Un año después de la evaluación inicial se volvió a contactar telefónicamente con aquellos pacientes que participaron en el inicio del estudio. Se solicitó nuevamente su colaboración, para posteriormente enviarles la batería de cuestionarios por vía postal, adjuntando un sobre prefranqueado para devolverla al hospital una vez cumplimentada.

3.3 Diseño

El presente estudio es de naturaleza observacional y cuenta con análisis tanto transversales como longitudinales.

3.4 Duración del estudio

La recogida de datos inicial se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2011 y octubre de 2013. La recogida de datos de seguimiento se realizó entre los meses de diciembre de 2012 y octubre de 2014. La fase de análisis y elaboración de resultados se prolongó hasta septiembre de 2015.

3.5 Consideraciones éticas

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla (IDIVAL, anteriormente denominado Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla, IFIMAV), garantizándose una adecuada información al paciente en cumplimiento de los protocolos derivados de la Declaración de Helsinki (Hoja de información al paciente: Anexo 4; Consentimiento informado: Anexo 5).

3.6 Población de estudio

El estudio se llevó a cabo con población de la comunidad autónoma de Cantabria. Esta región del norte de España cuenta con una extensión de 5.321 Km² y una población de 593.861 habitantes (289.999 hombres y 303.862 mujeres) en el año 2012, según el Instituto Nacional de Estadística. El centro de referencia en el tratamiento de patologías oncológicas en la región es el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, ubicado en su capital, la ciudad de Santander.

3.6.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes con un primer diagnóstico de cáncer, confirmado mediante estudio de Anatomía Patológica, provenientes de los Servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Hematología, Ginecología Oncológica y Hospital de Día Médico, que aceptaron participar en el estudio dando su consentimiento por escrito.

3.6.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos pacientes que presentasen alguna de las siguientes condiciones:

- Tiempo desde el diagnóstico > 4 meses.
- Edad < 18 años.
- Edad > 70 años.
- Pacientes con recidivas, o que hayan padecido otro proceso oncológico con anterioridad.
- Retraso mental, historia de trastorno orgánico cerebral, o enfermedades del Sistema Nervioso Central, que supongan un deterioro de las funciones cognitivas o que puedan crear confusión con trastornos mentales.
- Analfabetismo o incapacidad para comprender las pruebas de evaluación.
- Pacientes no informados sobre su diagnóstico.

3.7 Recogida de datos

Las variables cuyo efecto se analiza en el estudio se muestran en la Figura 3.1.

Variables independientes	Variables moderadoras	Variables clínicas	Variables sociodemográficas
<ul style="list-style-type: none"> •Rumiación •Supresión de pensamientos •Supresión de emociones 	<ul style="list-style-type: none"> •Autoeficacia para afrontar el estrés •Apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> •Diagnóstico •Estadio •Tiempo desde el diagnóstico •Tipo de tratamiento •Antecedentes psicopatológicos 	<ul style="list-style-type: none"> •Sexo •Edad •Nivel educativo •Estado civil •Empleo

Figura 3.1. Variables analizadas en el estudio.

3.7.1 Variables dependientes

3.7.1.1 Ansiedad/depresión/malestar emocional

Se evaluaron mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS; ver Anexo 6) (Zigmond y Snaith, 1983). Es una escala que consta de 14 ítems, divididos en dos subescalas de ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D). La escala total aporta una medida del malestar emocional. Los ítems impares evalúan síntomas de ansiedad y los pares síntomas depresivos, constandingo cada uno de cuatro niveles de respuesta (se valoran entre 0 y 3 puntos).

Desde su creación se ha convertido en el instrumento de referencia a la hora de evaluar niveles de sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con patologías somáticas. Un estudio metanalítico (S. Norton, Cosco, Doyle, Done, y Sacker, 2013) sobre su estructura factorial apunta a un modelo bifactorial, ajustándose uno de los factores a los ítems de ansiedad y el otro a los de depresión. Existiría un factor general de malestar emocional que englobaría toda la escala y explicaría el 73% de la covarianza entre los ítems.

Varios estudios han validado la escala en población española (Terol-Cantero, Cabrera-Perona, y Martín-Aragón, 2015). Algunos de estos estudios han empleado población con trastorno psicopatológico (Caro y Ibáñez, 1992), muestras mixtas de pacientes con enfermedades médicas (Herrero et al., 2003; Quintana et al., 2003) y muestras de pacientes oncológicos (Costa Requena, Pérez Martín, Salamero Baró, y Gil Moncayo, 2009; López-Roig, Pastor-Mira, y Terol-Cantero, 2000; Martínez López et al., 2012). También se ha analizado su estructura factorial, confirmando la existencia de dos factores diferenciados –ansiedad y depresión– junto a otro de orden superior de malestar emocional (Martínez López et al., 2012).

Martínez López et al. (2012) evalúan una muestra de 892 pacientes oncológicos, concluyendo que es una prueba que presenta una buena capacidad para detectar casos de malestar emocional clínicamente significativo (sensibilidad = .80, especificidad = .92, índice de exactitud = .90 para un punto de corte óptimo superior o igual a 16 en la escala total).

Costa Requena et al. (2009), tras evaluar una muestra de 234 pacientes oncológicos, sugieren como punto de corte óptimo para detectar casos de trastornos depresivos, una puntuación superior o igual a 4 en la subescala de depresión, y como punto de corte óptimo para casos de trastornos de ansiedad, una puntuación mayor o igual a 8 en la subescala de ansiedad. Estos autores proponen, además, una puntuación mayor o igual a 10 como punto de corte óptimo de la escala total. En el presente estudio emplearemos, con el fin de diferenciar casos de no-casos, los puntos de corte sugeridos por estos autores, por ser el único estudio realizado exclusivamente con población oncológica en nuestro país que los proporciona para las dos subescalas.

Algunos estudios han cuestionado determinadas características de la escala. Así, se ha criticado (Coyne y van Sonderen, 2012b) que el contenido de los ítems entienda la depresión principalmente como anhedonia y la ansiedad como hiperactivación autonómica, dejando otros aspectos sin valorar. También cuestionan el que no se incluyesen ítems que valoren síntomas somáticos al considerar que también tienen una utilidad importante el evaluar a personas con enfermedades físicas (Coyne y van Sonderen, 2012a). Cosco et al ponen en tela de juicio la estructura factorial de la escala o el valor de algunos de los ítems. Sin embargo, otros estudios encuentran que sigue siendo un instrumento válido y fiable para detectar malestar emocional (Brennan, Worrall-Davies, McMillan, Gilbody, y House, 2010) o casos de ansiedad y depresión (Bjelland, Dahl, Haug, y Neckelmann, 2002; Walker et al., 2007).

En nuestro estudio, la consistencia interna tanto de la escala global (HADS-T, $\alpha = .93$), como de sus subescalas es alta (HADS-A, $\alpha = .88$; HADS-D, $\alpha = .88$).

3.7.2 Variables independientes

3.7.2.1 Rumiación

Como vimos anteriormente se trata de un patrón de respuesta que consiste en una excesiva focalización en las causas y consecuencias de los síntomas depresivos y las preocupaciones. Se valoró mediante la Escala de Respuestas Rumiativas (Ruminative Responses Scale; RRS; ver Anexo 7) (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Esta escala consta de 22 ítems de tipo Likert con cuatro niveles de respuesta, los cuales se puntúan entre 1 (casi nunca) y 4 (casi siempre).

Algunos estudios (Roberts et al., 1998) han encontrado que existe cierto solapamiento entre ciertos ítems de este cuestionario y síntomas depresivos, por lo que algunos autores plantean eliminar dichos ítems (Segerstrom, Tsao, Alden, y Craske; Treynor et al., 2003). La escala modificada se reduciría a 10 ítems, los cuales se agrupan en dos factores, reflexión (ítems 5, 10, 13, 15, 16) y cavilación (ítems 7, 11, 12, 20, 21) (Treynor et al., 2003).

Hervás (2008) adaptó esta escala al castellano en una muestra de 254 participantes de población general, confirmando la estructura de dos factores encontrada en el estudio de Treynor et al. (2003) una vez eliminados los ítems que pueden generar confusión con síntomas de depresión.

La consistencia interna de la escala total es alta ($\alpha = .94$). Sin embargo, en el presente estudio empleamos la escala corregida de 10 ítems, encontrando una consistencia interna elevada para la escala total corregida ($\alpha = .88$) y para la subescala de Cavilación ($\alpha = .81$), mientras que para la subescala de Reflexión resultó aceptable ($\alpha = .69$).

3.7.2.2 Supresión de pensamientos

Como ya hemos visto, es la tendencia y persistencia con que la persona trata de eliminar los pensamientos desagradables o intrusivos que experimenta. Se evaluó mediante el Inventario de Supresión de Pensamientos (White Bear Suppression Inventory; WBSI; ver Anexo 8) (Wegner y Zanakos, 1994). Se trata de una escala de 15 ítems con cinco niveles de respuesta, que se puntúan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo).

Aunque esta escala fue concebida originalmente como una medida de un factor único de supresión (Muris et al., 1996; Palm y Strong, 2007; Wegner y Zanakos, 1994), estudios posteriores sugieren una estructura bifactorial (Höping y de Jong-Meyer, 2003; Luciano et al., 2006; Rassin, 2003). El primer factor haría referencia a la presencia de pensamientos intrusivos, mientras que el segundo se correspondería con acciones de distracción y supresión de pensamientos. Otro estudio plantea una estructura de tres factores, diferenciando supresión y distracción (Blumberg, 2000).

Gonzalez Rodriguez, Avero Delgado, Rovella, y Cubas Leon (2008) adaptaron esta escala en nuestro país, con una muestra de 833 personas provenientes de población

general. Encuentran que esta escala presenta una buena consistencia interna y una adecuada estabilidad temporal. También pudieron confirmar la estructura de dos factores por medio de un análisis factorial.

En nuestro estudio, la consistencia interna de la escala total es elevada ($\alpha = .92$), al igual que para los factores de Pensamientos Intrusivos ($\alpha = .89$) y de Supresión de Pensamientos ($\alpha = .87$).

3.7.2.3 Supresión de emociones

Como dijimos anteriormente, se trata de los intentos que realiza la persona con el fin de controlar la expresión de emociones negativas, como ira, tristeza o ansiedad. Se evaluó mediante la Escala Courtauld de Control Emocional (Courtauld Emotional Control Scale; CECS; ver Anexo 9) (Watson y Greer, 1983), la cual consta de 21 ítems tipo Likert con cuatro niveles de respuesta, los cuales reciben puntuaciones entre 1 (casi nunca) y 4 (casi siempre). La escala total incluye tres subescalas que evalúan control de la ira (ítems 1-7), tristeza (ítems 8-14) y ansiedad (ítems 15-21). Los autores encuentran buenos índices de consistencia interna y estabilidad para las subescalas, si bien sólo confirman su validez convergente con medidas de ira.

Anarte-Ortiz, Esteve-Zarazaga, Ramírez-Maestre, López-Martínez, y Amorós-Vicario (2001) realizan la primera adaptación y validación de esta escala en castellano, empleando una muestra de 83 pacientes oncológicos. Estos autores realizan un análisis de componentes principales sin encontrar apoyo a la estructura original, por lo que proponen una estructura alternativa que incluiría factores de expresión de ira y preocupación, control emocional y expresión de la tristeza.

Dadas las limitaciones de este primer estudio de validación, Durá et al. (2010) realizan una nueva partiendo de una nueva traducción de la CECS y empleando una muestra de 175 mujeres con cáncer de mama. Las autoras sí encuentran confirmación de la estructura original (por medio de un análisis factorial confirmatorio), evidenciándose una elevada consistencia interna tanto en la escala principal, como en las subescalas.

En nuestro estudio, empleando la traducción de Durá et al. (2010), la CECS presentó una elevada consistencia interna, tanto para la escala principal ($\alpha = .90$), como para cada una de sus subescalas de Control de la Tristeza ($\alpha = .83$) y Control de la

Ansiedad ($\alpha = .81$). La subescala de Control de la Ira presentó una consistencia interna adecuada ($\alpha = .76$).

3.7.3 Variables moderadoras

3.7.3.1 Apoyo social

La percepción que la persona tiene sobre la recepción de apoyo por parte de su entorno social se evaluó mediante el cuestionario Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS-SSS; ver Anexo 10) de apoyo social percibido (Sherbourne y Stewart, 1991). Esta escala está formada por 20 ítems. El primer ítem valora la extensión de la red social de la persona (número de familiares y amigos próximos), lo que constituiría el apoyo estructural o cuantitativo, mientras que los 19 restantes son ítems de tipo Likert con cinco niveles de respuesta, que se puntúan entre 1 (nunca) y 5 (siempre), los cuales valoran distintos aspectos del apoyo social, evaluando el apoyo cualitativo. Puntuaciones más altas serían indicativas de mayor apoyo social.

Los autores de la escala proponen cuatro subescalas: *Apoyo Emocional/informacional*, incluyendo recepción de afecto, empatía, consejo e información (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, y 19); *Interacción Social Positiva*, entendida como la disponibilidad de otras personas para realizar actividades sociales, reunirse y divertirse (ítems 7, 11, 14, y 18); *Apoyo Afectivo*, referida a demostraciones de amor, cariño y empatía (ítems 6, 10, y 20), y *Apoyo Instrumental*, referido a la disponibilidad para recibir ayuda de modo tangible (ítems 2, 5, 12, y 15).

Revilla Ahumada, Luna del Castillo, Bailon Munoz, y Medina (2005) realizan una primera validación de esta escala en población española, por medio de una muestra compuesta por 301 pacientes ambulatorios con diferentes patologías físicas crónicas. Encuentran unos índices elevados de consistencia interna de la escala. Al valorar su estructura, encuentran que una solución de tres factores es la más adecuada. Incluiría un factor de *Apoyo Emocional/Informacional*, un factor de *Apoyo Afectivo* y un factor de *Apoyo Instrumental*.

Costa Requena, Salamero, y Gil (2007) realizan una validación de esta escala específicamente en población oncológica, por medio de una muestra de 400 pacientes con cáncer, encontrando una elevada consistencia interna. A través de un análisis

factorial, confirman una estructura compuesta por: *Apoyo Emocional/Informacional* (incluyendo las escalas de apoyo emocional e interacción social positiva de la escala original; ítems 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, y 19), *Apoyo Afectivo* (ítems 6, 10 y 20) y *Apoyo Instrumental* (ítems 2, 5, 12 y 15).

En el presente estudio únicamente se emplean las puntuaciones derivadas de los 19 ítems. La consistencia interna tanto para la escala total ($\alpha = .96$), como para cada una de sus subescalas es elevada (Apoyo Emocional/informacional, $\alpha = .94$; Apoyo Instrumental, $\alpha = .86$; Interacción Social Positiva, $\alpha = .90$; Apoyo Afectivo, $\alpha = .87$).

3.7.3.2 Autoeficacia para afrontar el estrés

Como se expuso anteriormente se trata del grado en que la persona confía en sus propios recursos personales, con el fin de manejar las situaciones demandantes y estresantes de una forma eficaz y competente. Se evaluó mediante la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE; ver Anexo 11) (Godoy Izquierdo et al., 2008). Esta escala está formada por ocho ítems de tipo Likert con cinco niveles de respuesta, que reciben puntuaciones entre 1 y 5. Se validó en una muestra de 812 participantes procedentes de población general. La estructura es bifactorial, con un factor referido a *expectativas de resultado* y otro referido a *expectativas de eficacia*. La fiabilidad de la escala en el estudio original es adecuada y presenta una elevada validez convergente con otros constructos estrechamente relacionados.

En el presente estudio sólo se ha tenido en cuenta la puntuación total de la escala, sin distinguir los factores que la conforman, siendo su consistencia interna adecuada ($\alpha = .72$).

3.7.3.3 Otras variables

Por medio de un cuestionario elaborado ad-hoc se recogieron determinadas variables, tanto sociodemográficas, como clínicas, que pudieran relacionarse de algún modo con el malestar emocional presentado por los pacientes.

Las variables sociodemográficas recogidas fueron:

- Sexo.
- Edad.

- Nivel educativo. Categorizado en tres niveles: estudios primarios, secundarios o universitarios.
- Estado civil. Con cuatro categorías: casado/en pareja, separado/divorciado, soltero, viudo.
- Empleo. Con cinco categorías: trabaja/estudia, en paro, jubilado/pensionado, incapacidad temporal, no trabaja).

Las variables clínicas fueron:

- Diagnóstico oncológico (según localización del tumor primario). Se categorizó en: mama, pulmón, colorrectal, gástrico (incluyendo todos los tumores del aparato digestivo no colorrectales), cabeza y cuello, hematológico (incluyendo linfomas y leucemias), ginecológico y otros.
- Estadío. Se determinaron los estadios a partir de la clasificación TNM 7 de la Unión Internacional para el Control del Cáncer (UICC) (Edge y Compton, 2010; Sobin, Gospodarowicz, y Wittekind, 2010). Se consideraron los estadios I, II, III y IV. Los únicos 2 pacientes con carcinoma in situ se incluyeron en el estadio I a efectos de análisis estadísticos.
- Tiempo desde el diagnóstico. Se entendió como el tiempo, en días, transcurrido entre la consulta en que se comunicó el diagnóstico oncológico y la consulta de evaluación psicológica.
- Tratamiento oncológico, categorizado en cuatro grandes grupos: cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.
- Antecedentes psicopatológicos, entendidos como cualquier contacto con profesionales de salud mental o médicos de atención primaria, tanto por problemas psicopatológicos, como por otras causas (por ejemplo, terapia de pareja).
- Malestar emocional. Se valoró por medio del Termómetro del Distrés (TD), una escala visual analógica en la que se pide al paciente que señale su nivel de malestar emocional (entre 0-10 puntos) (National Comprehensive Cancer Network, 2003, 2014; Roth et al., 1998). La mayor

parte de los estudios señalan que el TD es una prueba fiable y válida, además de eficaz para detectar malestar psicológico en pacientes con cáncer, destacando entre sus propiedades la brevedad, sencillez y facilidad de aplicación (Donovan, Grassi, McGinty, y Jacobsen, 2014; Mitchell, 2007; Vodermaier, Linden, y Siu, 2009). Además, ha sido convenientemente validada en población española (Andreu, Galdón, Martínez, y Martínez, 2015; Gil Moncayo, Grassi, Travado, Tomamichel, y Gonzalez, 2005; Martinez, Galdon, Andreu, y Ibanez, 2013; Priede, Ruiz Torres, Hoyuela, Herrán, y González-Blanch, 2014).

Las variables diagnóstico, estadio, tratamiento oncológico y tiempo desde el diagnóstico se recogieron a partir de una revisión exhaustiva del historial clínico de los pacientes. El diagnóstico y el estadio se establecieron de acuerdo con los resultados definitivos de anatomía patológica y de las pruebas de extensión. Los antecedentes psicopatológicos se obtuvieron a partir de la pregunta directa al paciente durante la entrevista clínica.

3.8 Tamaño muestral

Para realizar los cálculos de tamaño muestral y de análisis de potencia estadística se empleó el programa G*Power versión 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, y Lang, 2009; Faul, Erdfelder, Lang, y Buchner, 2007). Los cálculos realizados *a priori* para determinar el tamaño muestral requerido indicaron que para detectar un tamaño del efecto moderado ($f^2 = 0.15$, $\alpha = .05$) con una potencia estadística $\beta = .80$ y siete variables predictoras serían necesarios 103 sujetos. En el caso de cinco variables predictoras serían necesarios 92 sujetos (Figura 3.2).

En el seguimiento se incluyeron, como se verá más adelante, un total de 83 participantes. Los cálculos realizados *post-hoc* indican que se alcanzó una potencia estadística para detectar tamaños del efecto moderados ($f^2 = 0.15$, $\alpha = .05$) $\beta = .79$ para cuatro variables predictoras y $\beta = .68$ para siete variables predictoras. Para tamaños del efecto medios-grandes ($f^2 = 0.20$, $\alpha = .05$) la potencia alcanzada sería $\beta = .90$ para cuatro variables predictoras y $\beta = .82$ para siete variables predictoras.

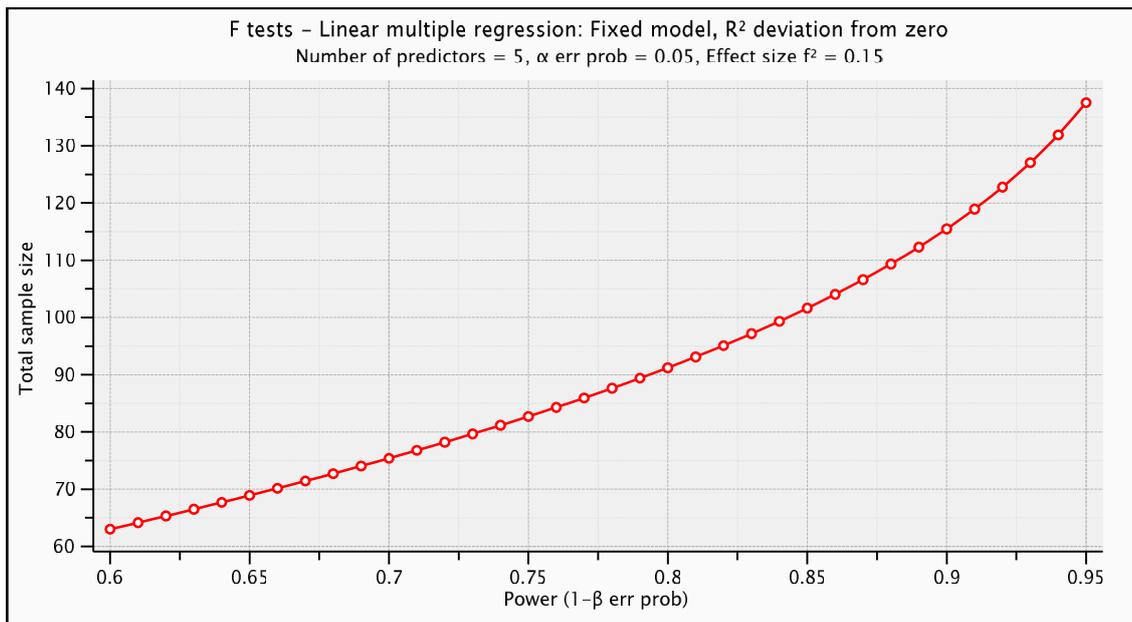


Figura 3.2. Potencia estadística en función del tamaño muestral para 5 predictores, tamaño de efecto moderado $f^2 = 0.15$ y $\alpha = .05$.

3.9 Imputación de datos

Puesto que algunos pacientes presentaron los datos de los cuestionarios incompletos se procedió a emplear métodos de imputación para corregirlo. Para ello se empleó la imputación de la media personal en cada cuestionario. Este método resulta más sencillo y ofrece resultados similares al método de imputación múltiple. Peyre, Lepage, y Coste (2011) estiman que la diferencia entre ambos es inferior al 1% de la desviación típica. Shrive, Stuart, Quan, y Ghali (2006) encuentran que la imputación de la media personal aporta resultados tan buenos como la imputación múltiple si existen pérdidas aleatorias de datos de hasta el 30% y también en escenarios de pérdidas sistemáticas de ítems.

En nuestro estudio se realizó la imputación mientras la pérdida de datos no superase el 30% de ítems en una escala concreta. Aquellos sujetos cuyos protocolos de evaluación presentaban escalas muy incompletas fueron excluidos de los análisis correspondientes.

3.10 Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el software IBM SPSS Statistics 19.0.0 (IBM, 2010).

3.10.1 Diagnóstico de las variables

Se analizó la distribución de las variables, así como el cumplimiento de los supuestos necesarios para los modelos estadísticos aplicados.

Para evaluar la normalidad de las variables se empleó la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se detectó que las variables HADS-Depresión (HADS-D), rumiación (RRS) y apoyo social (MOS-SSS) no presentaban distribuciones normales, sino marcadamente asimétricas. Esto se produjo tanto para las puntuaciones iniciales como con las obtenidas al año. La variable HADS-D se normalizó empleando una transformación por medio de la raíz cuadrada, si bien al emplearla como variable dependiente en los análisis multivariados se optó por dicotomizarla según el punto de corte sugerido por Costa Requena et al. (2009) (el cual coincidió además con la mediana en nuestro estudio). La variable RRS se normalizó por medio de la función inversa, mientras que la variable MOS-SSS no respondió a ninguno de los métodos de normalización y se procedió a dicotomizarla de acuerdo a la mediana de las puntuaciones.

Se comprobó el cumplimiento de los supuestos propios de los modelos de regresión lineal. El cumplimiento del supuesto de normalidad de los residuos tipificados se comprobó por medio de la inspección de los histogramas correspondientes. Los supuestos de homocedasticidad y linealidad se comprobaron mediante la inspección de los diagramas de dispersión de los residuos tipificados frente a los valores pronosticados tipificados. No se detectaron violaciones de los supuestos del modelo.

Por último, se realizaron diagnósticos de multicolinealidad, por medio de los estadísticos de Tolerancia y Factor de Inflación de la Varianza (Variance Inflation Factor; VIF), sin detectarse este problema.

3.10.2 Estudio descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, presentando las medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las variables sociodemográficas y clínicas más relevantes. Para aquellas variables cuya distribución no se ajustó a la normalidad se muestran la

mediana (*Mdn*) y el rango intercuartil (*RIC*). En el caso de variables nominales se presenta el número de casos y su porcentaje sobre el total.

Se evaluaron las posibles diferencias entre los sujetos que realizaron la evaluación completa y aquellos que rehusaron (incluyendo tanto a los que rechazaron participar, como a quienes no entregaron los cuestionarios), por medio de pruebas *t* para diferencias de medias en el caso de variables continuas. Cuando las variables no se ajustaron a la normalidad se empleó la prueba *U* de Mann-Whitney. En los contrastes entre variables nominales se usaron las pruebas *chi*² y *phi*.

Se muestran los valores medios y las desviaciones típicas de cada una de las escalas administradas y de sus correspondientes subescalas. En el caso de la HADS se muestra además el porcentaje de pacientes que se pueden clasificar como casos y no-casos.

3.10.3 Estudios analíticos transversales

Se analizó la asociación entre las variables de interés y las variables dependientes por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Cuando la distribución de alguna variable no se ajustó a la normalidad, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*). En aquellos casos que incluían una variable dicotómica y otra continua se usó el coeficiente de correlación biserial-puntual.

Con el fin de determinar si los modos de procesamiento cognitivo explican la presencia de malestar emocional y los síntomas de ansiedad al inicio del estudio, se realizaron análisis de regresión múltiple (método *enter*). Se incluyeron como variables explicativas aquellas cuyo coeficiente de correlación alcanzó una significación $p < .1$. Estas variables se introdujeron en dos bloques: primero, las variables sociodemográficas, clínicas y moderadoras, después las variables de interés.

En el caso de la variable depresión, al tratarse de una variable que no se ajustó a la normalidad, se optó por dicotomizarla como se comentó anteriormente y realizar un análisis de regresión logística (método *enter*). En este caso, también se incluyeron como variables explicativas en el modelo aquellas cuyo coeficiente de correlación alcanzó una significación inferior a $p < .1$. Las variables se introdujeron nuevamente en dos bloques: primero, las variables sociodemográficas, clínicas y moderadoras, después las variables de interés.

Estos análisis de naturaleza transversal que acabamos de ver se repitieron con las variables evaluadas durante el seguimiento, con el fin de determinar qué variables explican la presencia de malestar emocional, ansiedad y depresión al año.

Dada la naturaleza exploratoria del estudio, se estableció el nivel de significación $\alpha = .05$. No se realizaron ajustes por comparaciones múltiples, debido a que puede aumentar el riesgo de cometer error tipo II, reduciendo la potencia estadística y aumentando la probabilidad de no detectar algunas asociaciones importantes (Rothman, 1990).

3.10.4 Estudio analítico longitudinal

Se analizó la asociación entre las variables de interés, evaluadas al inicio, y las variables dependientes, evaluadas al año, por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Cuando la distribución de alguna variable no se ajustó a la normalidad, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*). En los casos que incluían una variable dicotómica y otra continua se usó el coeficiente de correlación biserial-puntual. También se analizó la estabilidad de las puntuaciones al año respecto a las iniciales mediante pruebas *t* para muestras relacionadas.

Para determinar qué variables predicen la presencia de malestar emocional y ansiedad al año se realizaron análisis de regresión múltiple (método *enter*). Se incluyeron como variables predictoras aquellas cuyo coeficiente de correlación alcanzó una significación $p < .1$. Estas variables se introdujeron en tres bloques: primero, las variables sociodemográficas, clínicas y moderadoras, después las variables de interés y por último, la variable malestar emocional.

Nuevamente se dicotomizó la variable depresión, por tratarse de una variable que no se ajustó a la normalidad, y se realizó un análisis de regresión logística (método *enter*). En este caso, también se incluyeron en el modelo, como variables predictoras, aquellas cuyo coeficiente de correlación alcanzó una significación inferior a $p < .1$. Las variables se introdujeron en tres bloques: primero, las variables sociodemográficas, clínicas y moderadoras, después las variables de interés y por último, la variable depresión inicial.

4 RESULTADOS

4.1 Estudio transversal inicial

4.1.1 Estudio descriptivo

De los 276 pacientes derivados al programa, 215 cumplían los criterios de inclusión en el estudio. De ellos 21 rechazan participar. De los 194 que acceden a participar en el estudio, 131 (67.5%) realizan la evaluación completa, entregando los cuestionarios cumplimentados. Así, el porcentaje global de participación respecto a todos los pacientes elegibles fue del 60.9%.

Un total de 104 participantes contestaron íntegramente los cuestionarios, mientras que 7 dejaron algún cuestionario totalmente incompleto, además de otros 10 que no cumplimentaron correctamente el CECS. Se pudo imputar datos en cuestionarios de 12 participantes, siendo las pérdidas de un solo ítem en 6 de ellos, de dos ítems en 5 de ellos y de cinco ítems en el restante. Las pérdidas de datos fueron inferiores al 10% de ítems en los cuestionarios afectados en todos los casos, salvo para 3 participantes (2 sujetos presentaron pérdidas inferiores al 20% y 1 sujeto pérdidas inferiores al 30% en el cuestionario afectado).

La Tabla 4.1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de los sujetos incluidos, frente a aquellos que rechazaron participar o quienes no realizaron la evaluación. Estos grupos presentan diferencias significativas únicamente en su diagnóstico (evidenciándose sobre todo una mayor presencia de tumores ginecológicos entre los no participantes) y la presencia de antecedentes psicopatológicos, (encontrándose porcentualmente más personas con antecedentes psicopatológicos en el grupo de participantes). Otros datos destacables de esta tabla serían que existe un elevado porcentaje de pacientes provenientes de Hospital de Día Médico (77%), que cerca de la mitad de ellos están en situación de incapacidad temporal, que más de una tercera parte de la muestra se encuentra en estadio IV y que también más de una tercera parte de los pacientes presenta antecedentes psicopatológicos.

Tabla 4.1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

	Participantes (<i>n</i> = 131)	No participantes (<i>n</i> = 84)		<i>P</i>
Sexo (mujer; <i>n</i> , %)	85 (64.9)	58 (69.1)	$\phi = -0.04$	ns
Edad (<i>M</i> , <i>DT</i>)	53.4 (10.2)	55.2 (9.5)	$t_{213} = -1.30$	ns
Estado civil (<i>n</i> , %)			$\chi^2_3 = 0.35$	ns
Casado/en pareja	99 (75.6)	65 (77.4)		
Soltero	14 (10.7)	7 (8.3)		
Divorciado/separado	13 (9.9)	9 (10.7)		
Viudo	5 (3.8)	3 (3.6)		
Nivel educativo (<i>n</i> , %)			$\chi^2_2 = 4.52$	ns
Primaria	45 (34.4)	41 (48.8)		
Secundaria	50 (38.2)	26 (31.0)		
Universidad	36 (27.5)	17 (20.2)		
Empleo (<i>n</i> , %)			$\chi^2_4 = 8.88$	ns
Trabaja/estudia	14 (10.7)	16 (19.1)		
Desempleado	8 (6.1)	3 (3.6)		
Jubilado/pensionado	25 (19.1)	13 (15.5)		
Incapacidad temporal	60 (45.8)	27 (32.1)		
No trabaja	24 (18.3)	25 (29.8)		
Origen de la derivación (<i>n</i> , %)			$\chi^2_3 = 5.01$	ns
Hospital de día	101 (77.1)	69 (82.1)		
Oncología	13 (9.9)	7 (8.3)		
Ginecología	10 (7.6)	8 (9.5)		
Otros	7 (5.3)	0 (0.0)		
Diagnóstico oncológico (<i>n</i> , %)			$\chi^2_7 = 15.26$.033
Mama	46 (35.1)	17 (20.2)		
Pulmón	20 (15.3)	15 (17.9)		
Colorrectal	16 (12.2)	6 (7.1)		
Gástrico ^a	13 (9.9)	9 (10.7)		
Cabeza y cuello	11 (8.4)	8 (9.5)		
Hematológico	11 (8.4)	6 (7.1)		
Ginecológico	7 (5.3)	16 (19.1)		
Otros	7 (5.3)	7 (8.3)		
Estadio ^b (<i>n</i> , %)			$\chi^2_3 = 3.79$	ns
I ^c	11 (8.5)	8 (9.9)		
II	47 (36.4)	21 (25.9)		
III	27 (20.9)	25 (30.9)		
IV	44 (34.1)	27 (33.3)		
Tiempo diag., días (<i>Mdn</i> , <i>RIC</i>)	48 (51)	43 (40)	$U = 4966.00$	ns
Antec. psicopatológicos ^d (<i>n</i> , %)	50 (38.5)	20 (24.4)	$\phi = 0.14$.037
Term. Distrés ^d (<i>Mdn</i> , <i>RIC</i>)	4 (4)	4 (4)	$U = 4902.50$	ns

^a Incluye neoplasias de estómago, esófago y páncreas. ^b Hay 2 valores perdidos entre los participantes y 3 entre los no participantes. ^c El estadio I incluye 1 carcinoma in situ entre los participantes y 2 carcinomas in situ entre los no participantes. ^d Hay 1 valor perdido entre los participantes y 2 entre los no participantes.

En la Figura 4.1 pueden apreciarse los distintos diagnósticos oncológicos de los participantes, siendo los más frecuentes los de cáncer de mama (35.1%), cáncer de pulmón (15.3%) y cáncer colorrectal (12.2%). La Tabla 4.2 muestra los tratamientos médicos recibidos por los participantes, siendo el más frecuente la quimioterapia.

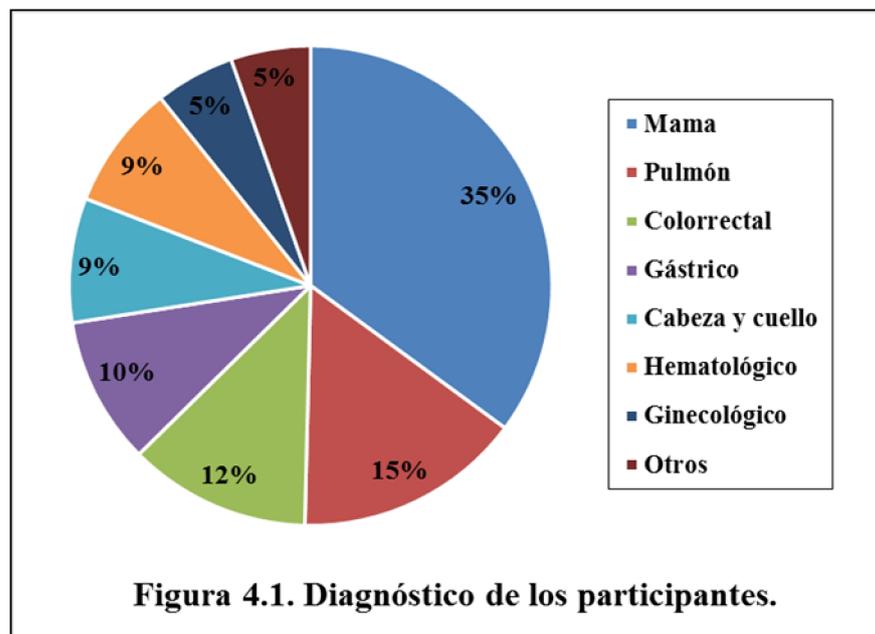


Tabla 4.2. Tratamientos oncológicos recibidos por los participantes.

	N	%
Quimioterapia	126	96.2
Cirugía	88	67.2
Radioterapia	69	52.7
Hormonoterapia	35	26.7

En la Tabla 4.3 se muestra el porcentaje de casos que alcanzan niveles clínicos de sintomatología ansiosa y depresiva evaluados con la HADS, así como aquellos con niveles no patológicos, de acuerdo con los puntos de corte propuestos por Costa Requena et al. (2009). La Tabla 4.4 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en las diferentes escalas.

Tabla 4.3. Casos clínicos detectados mediante la HADS.

	HADS-T	HADS-A	HADS-D
No caso (<i>n</i> , %)	64 (49.2)	78 (60.0)	61 (46.6)
Caso (<i>n</i> , %)	66 (50.8)	52 (40.0)	70 (53.4)

Tabla 4.4. Estadísticos descriptivos al inicio.

	<i>M</i>	<i>DT</i>
HADS-total	11.3	7.3
HADS-ansiedad	6.8	4.0
HADS-depresión	4.4	3.8
RRS	16.0	5.7
Cavilación	8.6	3.5
Reflexión	7.5	2.7
WBSI	49.6	13.4
Intrusión	25.5	7.9
Supresión	24.1	6.7
CECS	51.9	11.5
CECS-ira	15.6	4.3
CECS-tristeza	18.2	4.7
CECS-ansiedad	18.0	4.4
MOS	84.3	12.3
EAEAE	27.4	5.2

HADS-T, escala malestar emocional total; HADS-A, subescala de ansiedad; HADS-D, subescala de depresión; RRS, Escala de Respuestas Rumiativas; WBSI, Escala de Supresión de pensamientos; CECS, Escala de Control de Emociones; MOS, Escala de Apoyo Social; EAEAE, Escala de Autoeficacia para Afrontar el Estrés.

4.1.2 Análisis bivariado

En la Tabla 4.5 pueden verse las correlaciones entre las distintas variables analizadas. En general, tanto la rumiación como la supresión de pensamientos correlacionan positivamente con el malestar emocional total y con las subescalas de ansiedad y depresión. El tamaño del efecto de las correlaciones entre la rumiación y las variables dependientes fue grande, mientras que para las correlaciones entre supresión de pensamientos y variables dependientes fue moderado-grande. Por otro lado, la supresión de emociones no correlaciona con dichas variables.

Mayor apoyo social y autoeficacia se asociaron con menor nivel de malestar emocional y de síntomas de ansiedad y depresión. El tamaño del efecto para las correlaciones entre autoeficacia y las variables dependientes fue grande, mientras que el de las correlaciones entre apoyo social y las variables dependientes fue moderado-grande. En general, las variables sociodemográficas y clínicas no se asociaron con las variables dependientes, salvo los antecedentes psicopatológicos con los síntomas de depresión, cuyo tamaño del efecto fue pequeño.

Tabla 4.5. Coeficientes de correlación entre las variables del estudio.

	HADS-T	HADS-A	HADS-D ^a	RRS ^a	RRS-r ^a	RRS-c ^a	WBSI	WBSI-i	WBSI-s	CECS	MOS ^a	EAEAE	Edad	Sexo ^b	AP ^b	Estadio ^a
HADS-T	-															
HADS-A	.94***	-														
HADS-D ^a	.90***	.72***	-													
RRS ^a	.67***	.68***	.56***	-												
RRS-r ^a	.53***	.54***	.43***	.84***	-											
RRS-c ^a	.66***	.66***	.55***	.94***	.62***	-										
WBSI	.47***	.54***	.35***	.65***	.57***	.58***	-									
WBSI-i	.56***	.59***	.43***	.69***	.60***	.64***	.93***	-								
WBSI-s	.28**	.37***	.16 ⁺	.44***	.40***	.38***	.90***	.66***	-							
CECS	.01	.06	-.03	.07	-.06	.15	.16 ⁺	.14	.16 ⁺	-						
MOS ^a	-.38***	-.36***	-.36***	-.36***	-.27**	-.35***	-.16 ⁺	-.18*	-.08	.10	-					
EAEAE	-.51***	-.52***	-.46***	-.49***	-.33***	-.52***	-.43***	-.48***	-.28**	-.10	.29**	-				
Edad	-.04	-.13	.03	-.24**	-.17 ⁺	-.22*	-.26*	-.21*	.26**	.15	.18*	.06	-			
Sexo ^b	.05	.17	-.10	.16 ⁺	.15 ⁺	.13	.29**	.18*	.37***	-.13	-.05	.05	-.23**	-		
AP ^b	.15 ⁺	.14	.18*	.11	.10	.11	.14	.12	.14	-.09	-.20*	-.21*	.04	.12	-	
Estadio ^a	.03	-.07	.14	-.08	-.10	-.06	-.13	-.07	-.13	.13	.13	-.18*	.36***	-.36***	.07	-

⁺ p < .1; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

^a Se muestran los coeficientes de correlación de Spearman. ^b Se muestran los coeficientes de correlación biserial-puntual.

HADS-T, escala malestar emocional total; HADS-A, subescala de ansiedad; HADS-D, subescala de depresión; RRS, Escala de Respuestas Rumiativas; WBSI, Escala de Supresión de pensamientos; CECS, Escala de Control de Emociones; MOS, Escala de Apoyo Social; EAEAE, Escala de Autoeficacia para Afrontar el Estrés; AP, antecedentes psicopatológicos.

4.1.3 Análisis multivariado

Como puede verse en la Tabla 4.6, el malestar emocional se asoció con mayor rumiación y menor autoeficacia, explicando el modelo la mitad de la varianza en la variable dependiente. Estas variables también fueron las únicas asociadas de modo significativo con la sintomatología ansiosa, dentro de un modelo que explicó el 52% de la varianza en ansiedad (Tabla 4.7). En cambio, la única variable asociada con niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva fue la rumiación (Tabla 4.8). En este caso, el modelo construido explicó el 33% de la varianza en depresión.

Tabla 4.6. Modelo de regresión múltiple para malestar emocional (HADS-T).

	B	SE(B)	Beta	t	p	Resumen del modelo			
						gl	F	R ² _{adj}	p
Modelo 1						3, 119	15.33	.26	< .001
(Constante)	29.25	3.28		8.91	< .001				
Apoyo social	-2.25	1.18	-.16	-1.92	.058				
Autoeficacia	-0.63	0.12	-.45	-5.39	< .001				
Antecedentes	0.59	1.21	.04	0.49	.628				
Modelo 2						5, 117	25.19	.50	< .001
(Constante)	32.17	4.94		6.51	< .001				
Apoyo social	-1.25	0.98	-.09	-1.28	.205				
Autoeficacia	-0.27	0.11	-.19	-2.49	.014				
Antecedentes	0.83	0.99	.06	0.83	.408				
Rumiación	-202.63	32.91	-.55	-6.16	< .001				
Supr. Pensam.	0.01	0.05	.02	0.20	.844				

Tabla 4.7. Modelo de regresión múltiple para ansiedad (HADS-A).

	B	SE(B)	Beta	t	p	Resumen del modelo			
						gl	F	R ² _{adj}	p
Modelo 1						3, 119	19.08	.31	< .001
(Constante)	14.91	1.83		8.15	< .001				
Apoyo social	-1.05	0.61	-.14	-1.72	.087				
Autoeficacia	-0.37	0.06	-.49	-6.22	< .001				
Sexo	1.52	0.61	.19	2.50	.014				
Modelo 2						5, 117	27.79	.52	< .001
(Constante)	15.45	2.57		6.02	< .001				
Apoyo social	-0.65	0.51	-.08	-1.26	.211				
Autoeficacia	-0.16	0.06	-.22	-2.89	.005				
Sexo	0.61	0.53	.08	1.14	.255				
Rumiación	-94.06	17.23	-.48	-5.46	< .001				
Supr. Pensam.	0.03	0.03	.11	1.29	.198				

Tabla 4.8. Modelo de regresión logística para depresión (HADS-D).

	B	SE(B)	Wald	Exp(B)	p	Resumen del modelo ^a			
						gl	χ^2	R ²	p
Modelo 1 ^b						8	1.07	.17	.998
(Constante)	3.31	1.22	7.39	27.34	.007				
Apoyo social	0.59	0.39	2.25	1.80	.134				
Autoeficacia	-0.12	0.04	8.43	0.88	.004				
Antecedentes	-0.16	0.41	0.15	0.85	.698				
Modelo 2 ^c						8	4.70	.33	.789
(Constante)	7.58	2.419	9.26	1950.18	.002				
Apoyo social	0.38	0.43	0.79	1.47	.373				
Autoeficacia	-0.06	0.05	1.75	0.94	.186				
Antecedentes	-0.27	0.45	0.35	0.77	.553				
Rumiación	-62.21	16.89	13.56	0.00	< .001				
Supr. Pensam.	-0.03	0.02	1.72	0.97	.190				

^a gl, χ^2 y p para prueba de Hosmer y Lemeshow. R² de Nagelkerke.

^b Porcentaje correctamente clasificado 65.0%.

^c Porcentaje correctamente clasificado 68.3%.

4.2 Estudio transversal al año

4.2.1 Estudio descriptivo

Un año más tarde ($M = 386.9$ días; $DT = 22.8$) se volvió a contactar con los pacientes que habían realizado la evaluación inicial. De ellos, 83 realizaron la evaluación completa al año (63.4% de los que participaron al inicio). Del resto de pacientes 17 habían fallecido (13.0%), 10 rechazaron participar o no fue posible contactar con ellos (7.6%) y 21 no devolvieron los cuestionarios cumplimentados (16.0%). En la Tabla 4.9 puede verse la comparación en diversas puntuaciones basales entre aquellos que participaron en el seguimiento y aquellos que no. Como puede apreciarse, no existieron diferencias significativas en ninguna de las variables, salvo en estadio. Esta diferencia consiste en un mayor número de pacientes con estadio IV entre los no participantes, lo cual probablemente refleje la mayor mortalidad dentro de este grupo a lo largo del seguimiento. A pesar de ello se puede considerar, de modo general, una muestra representativa de la reclutada originalmente.

Un total de ocho protocolos de evaluación requirieron realizar imputación de datos, presentando siete de ellos un solo ítem perdido (menos del 10% de la escala afectada) y otro protocolo cinco ítems en diferentes escalas (menos del 20% de la escala más afectada). Cinco protocolos presentaron alguna escala muy incompleta y adicionalmente, otros siete protocolos presentaron la escala CECS incompleta, si bien esta escala no se incorpora en todos los modelos multivariados.

De los pacientes que participaron en el seguimiento, 65 permanecían asintomáticos, mientras que 18 experimentaban una recaída o progresión de la enfermedad. Todos los pacientes que habían recaído se encontraban recibiendo algún tratamiento quimioterápico. 13 pacientes asintomáticas estaban recibiendo tratamiento hormonal.

Tabla 4.9. Características sociodemográficas y clínicas basales de participantes y no participantes en el seguimiento al año.

	Participantes (n = 83)	No participantes (n = 48)		<i>p</i>
Sexo (mujer; n, %)	58 (69.9)	27 (56.3)	$\phi = 0.14$	ns
Edad (<i>M</i> , <i>DT</i>)	53.2 (9.9)	53.6 (10.8)	$t_{129} = -.18$	ns
Estado civil (n, %)			$\chi^2_3 = 4.11$	ns
Casado/en pareja	65 (78.3)	34 (70.8)		
Soltero	10 (12.1)	4 (8.3)		
Divorciado/separado	15 (18.1)	8 (16.7)		
Viudo	3 (3.6)	2 (4.2)		
Nivel educativo (n, %)			$\chi^2_2 = 2.41$	ns
Primaria	29 (34.9)	16 (33.3)		
Secundaria	28 (33.7)	22 (45.8)		
Universidad	26 (31.3)	10 (20.8)		
Empleo (n, %)			$\chi^2_4 = 8.54$	ns
Trabaja/estudia	10 (12.1)	4 (8.3)		
Desempleado	2 (2.4)	6 (12.5)		
Jubilado/pensionado	13 (15.7)	12 (25.0)		
Incapacidad temporal	40 (48.2)	20 (41.7)		
No trabaja	18 (21.7)	6 (12.5)		
Origen de la derivación (n, %)			$\chi^2_3 = 1.58$	ns
Hospital de día	62 (74.7)	39 (81.3)		
Oncología	8 (9.6)	5 (10.4)		
Ginecología	8 (9.6)	2 (4.2)		
Otros	5 (6.0)	2 (4.2)		
Diagnóstico oncológico (n, %)			$\chi^2_7 = 4.32$	ns
Mama	30 (36.2)	16 (33.3)		
Pulmón	12 (14.5)	8 (16.7)		
Colorrectal	10 (12.1)	6 (12.5)		
Gástrico ^a	7 (8.4)	6 (12.5)		
Cabeza y cuello	5 (6.0)	6 (12.5)		
Hematológico	8 (9.6)	3 (6.3)		
Ginecológico	6 (7.2)	1 (2.1)		
Otros	5 (6.0)	2 (4.2)		
Estadio ^b (n, %)			$\chi^2_3 = 8.98$.030
I ^c	10 (12.4)	1 (2.1)		
II	27 (33.3)	20 (41.7)		
III	21 (25.9)	6 (12.5)		
IV	23 (28.4)	21 (43.8)		
Tiempo diag., días (<i>Mdn</i> , <i>RIC</i>)	41 (29)	39 (52)	$U = 1855.00$	ns
Ant. psicopatológicos ^d (n, %)	31 (37.8)	19 (39.6)	$\phi = -0.02$	ns
Ter. Distrés inicial ^d (<i>Mdn</i> , <i>RIC</i>)	4 (3)	4 (4)	$U = 1808.50$	ns
Terapia psicológica (n, %)	15 (18.1)	7 (14.6)	$\phi = 0.05$	ns

^a Incluye neoplasias de estómago, esófago y páncreas. ^b Hay 2 valores perdidos entre los participantes. ^c El estadio I incluye un carcinoma in situ entre los participantes. ^d Hay 1 valor perdido entre los participantes.

En la Tabla 4.10 puede verse el porcentaje de pacientes que alcanzan niveles clínicos de sintomatología ansiosa y depresiva evaluados con la HADS, así como aquellos con niveles no patológicos, nuevamente de acuerdo a los puntos de corte establecidos por Costa Requena et al. (2009). La Tabla 4.11 muestra los valores medios de las escalas durante el seguimiento al año, así como su desviación típica. Ninguna de ellas presentó diferencias estadísticamente significativas respecto a las puntuaciones iniciales al analizarlo mediante una prueba *t* para muestras relacionadas.

Tabla 4.10. Casos clínicos detectados en el seguimiento al año.

	HADS-T	HADS-A	HADS-D
No caso (<i>n</i> , %)	47 (56.6)	53 (63.9)	53 (63.9)
Caso (<i>n</i> , %)	36 (43.4)	30 (36.1)	30 (36.1)

Tabla 4.11. Estadísticos descriptivos al año.

	Media	DT
HADS-total	9.8	7.5
HADS-ansiedad	6.4	4.4
HADS-depresión	3.5	3.7
RRS	15.3	5.6
Cavilación	7.9	3.3
Reflexión	7.4	2.7
WBSI	47.1	16.0
Intrusión	23.9	9.0
Supresión	23.2	8.1
CECS	50.6	11.0
CECS-ira	15.1	4.3
CECS-tristeza	17.7	4.4
CECS-ansiedad	17.5	4.4
MOS	83.0	13.5
EAEAE	27.4	5.5

HADS-T, escala malestar emocional total; HADS-A, subescala de ansiedad; HADS-D, subescala de depresión; RRS, Escala de Respuestas Rumiativas; WBSI, Escala de Supresión de pensamientos; CECS, Escala de Control de Emociones; MOS, Escala de Apoyo Social; EAEAE, Escala de Autoeficacia para Afrontar el Estrés.

4.2.2 Análisis bivariado

En la Tabla 4.12 pueden verse las correlaciones entre las distintas variables analizadas en el seguimiento al año. Nuevamente, tanto la rumiación como la supresión de pensamientos correlacionaron positivamente con el malestar emocional total y con las subescalas de ansiedad y depresión, siendo en general los tamaños del efecto de estas asociaciones grandes. Sin embargo, en esta ocasión, la supresión de emociones sí correlacionó con el malestar emocional total y con la sintomatología ansiosa, siendo los tamaños del efecto de estas asociaciones pequeños. En concreto, fueron las subescalas de supresión de la ansiedad ($r = .319$; $p = .005$) y de supresión de tristeza ($r = .311$; $p = .007$) las que correlacionaron con el malestar emocional. De nuevo, el apoyo social y la autoeficacia correlacionaron de modo inverso con las variables dependientes, con tamaños del efecto moderados-grandes. De las variables sociodemográficas y clínicas, únicamente el presentar antecedentes psicopatológicos correlacionó con todas las variables dependientes (presentando tamaños del efecto pequeños-moderados) y la edad con la sintomatología de ansiedad (tamaño del efecto pequeño).

Tabla 4.12. Coeficientes de correlación entre las variables del estudio en el seguimiento al año.

	HADS-T	HADS-A	HADS-D ^a	RRS ^a	RRS-r ^a	RRS-b ^a	WBSI	WBSI-i	WBSI-s	CECS	MOS ^a	EAEAE	Edad	Sexo ^b	AP ^b	Estadio ^a
HADS-T	-															
HADS-A	.94***	-														
HADS-D ^a	.87***	.68***	-													
RRS ^a	.77***	.72***	.70***	-												
RRS-r ^a	.69***	.64***	.62***	.92***	-											
RRS-b ^a	.75***	.69***	.68***	.95***	.77***	-										
WBSI	.59***	.62***	.44***	.63***	.55***	.62***	-									
WBSI-i	.61***	.65***	.42***	.62***	.52***	.62***	.95***	-								
WBSI-s	.49***	.51***	.35**	.53***	.49***	.50***	.93***	.76***	-							
CECS	.24*	.27*	.17	.18	.17	.17	.18	.15	.19	-						
MOS ^a	-.50***	-.49	-.41***	-.56***	-.49***	-.58***	-.40***	-.41***	-.31**	-.05	-					
EAEAE	-.52***	-.51***	-.47***	-.52***	-.46***	-.53***	-.50***	-.54***	-.39***	.10	.53***	-				
Edad	-.19 ⁺	-.25*	-.13	-.32**	-.19 ⁺	-.39***	-.19 ⁺	-.19 ⁺	-.16	.13	.27*	.19 ⁺	-			
Sexo ^b	.04	.14	-.07	.11	.13	.06	.28*	.28*	.25*	-.17	-.13	-.07	-.23**	-		
AP ^b	.29**	.30**	.23*	.24*	.29**	.21 ⁺	.11	.15	.06	-.04	-.39***	-.26*	.04	.12	-	
Estadio ^a	.07	-.05	.22 ⁺	.01	.06	-.03	-.05	.02	-.09	.02	.08	.01	.36***	-.36***	.07	-

⁺ p < .1; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

^a Se muestran los coeficientes de correlación de Spearman. ^b Se muestran los coeficientes de correlación biserial-puntual.

HADS-T, Hospital Anxiety and Depression Scale – escala total; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale – subescala de ansiedad; HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale – subescala de depresión; RRS, Escala de Respuestas Rumiativas; WBSI, Escala de Supresión de pensamientos; CECS, Escala de Control de Emociones; MOS, Escala de Apoyo Social; EAEAE, Escala de Autoeficacia para Afrontar el Estrés; AP, antecedentes psicopatológicos.

4.2.3 Análisis multivariado

Como puede verse en la Tabla 4.13, en el seguimiento al año el malestar emocional se asoció con mayor rumiación y mayor supresión de pensamientos, explicando el modelo cerca del 58% de la varianza. La sintomatología ansiosa se asoció con rumiación, con supresión de pensamientos, así como con supresión de emociones (Tabla 4.14). El modelo construido explicó el 53% de la varianza en ansiedad. Por último, la única variable que se asoció con mayor sintomatología depresiva durante el seguimiento fue la rumiación, explicando el modelo el 47% de la varianza (Tabla 4.15).

Tabla 4.13. Modelo de regresión múltiple para malestar emocional al año (HADS-T).

	B	SE(B)	Beta	t	p	Resumen del modelo			
						gl	F	R ² _{adj}	p
Modelo 1						4, 65	6.67	.25	< .001
(Constante)	23.68	5.28		4.48	< .001				
Apoyo social	-2.30	1.67	-.17	-1.38	.172				
Autoeficacia	-0.48	0.15	-.38	-3.14	.003				
Antecedentes	2.04	1.60	.14	1.28	.205				
Edad	-0.01	0.07	-.01	-0.11	.916				
Modelo 2						7, 62	14.33	.58	< .001
(Constante)	14.81	5.82		2.54	.013				
Apoyo social	0.11	1.31	.01	0.08	.933				
Autoeficacia	-0.09	0.13	-.07	-0.66	.511				
Antecedentes	1.24	1.21	.09	1.03	.309				
Edad	0.04	0.06	.06	0.76	.450				
Rumiación	-191.56	37.42	-.57	-5.12	< .001				
Supr. pensam.	0.09	0.05	.21	2.04	.046				
Supr. emoc.	0.08	0.05	.13	1.58	.120				

Tabla 4.14. Modelo de regresión múltiple para ansiedad al año (HADS-A).

	B	SE(B)	Beta	t	p	Resumen del modelo			
						gl	F	R²_{adj}	p
Modelo 1						4, 65	7.13	.26	< .001
(Constante)	14.72	2.98		4.94	< .001				
Apoyo social	-1.45	0.94	-.18	-1.54	.128				
Autoeficacia	-0.24	0.09	-.33	-2.81	.007				
Antecedentes	1.49	0.90	.18	1.66	.102				
Edad	-0.03	0.04	-.08	-0.73	.469				
Modelo 2						7, 62	12.04	.53	< .001
(Constante)	6.73	3.49		1.93	.058				
Apoyo social	-0.34	0.79	-.04	-0.43	.671				
Autoeficacia	-0.05	0.08	-.07	-0.62	.535				
Antecedentes	1.20	0.73	.15	1.65	.105				
Edad	-0.01	0.04	-.03	-0.38	.708				
Rumiación	-72.98	22.45	-.38	-3.25	.002				
Supr. pensam.	0.07	0.03	.29	2.70	.009				
Supr. emoc.	0.06	0.03	.18	2.06	.044				

Tabla 4.15. Modelo de regresión logística para depresión al año (HADS-D).

	B	SE(B)	Wald	Exp(B)	p	Resumen del modelo ^a			
						gl	χ^2	R ²	p
Modelo 1 ^b						7	6.42	.31	.492
(Constante)	1.72	2.02	0.73	5.60	.394				
Apoyo social	0.78	0.63	1.54	2.18	.214				
Autoeficacia	-0.14	0.06	5.13	0.87	.024				
Antecedentes	-0.60	0.57	1.10	0.55	.295				
Estadio	0.55	0.29	3.54	1.74	.060				
Modelo 2 ^c						8	3.55	.47	.895
(Constante)	5.46	3.48	2.46	235.91	.117				
Apoyo social	0.08	0.74	0.01	1.08	.917				
Autoeficacia	-0.07	0.08	0.96	0.93	.327				
Antecedentes	-0.36	0.65	0.31	0.70	.579				
Estadio	0.47	0.31	2.22	1.59	.136				
Rumiación	-65.25	22.71	8.25	0.00	.004				
Supr. pensam.	-0.01	0.03	0.23	0.99	.630				

^a gl, χ^2 y p para prueba de Hosmer y Lemeshow. R² de Nagelkerke.

^b Porcentaje correctamente clasificado 71.1%.

^c Porcentaje correctamente clasificado 78.9%.

4.3 Estudio longitudinal

4.3.1 Análisis bivariado

En la Tabla 4.16 pueden verse las correlaciones entre las variables independientes evaluadas al inicio del estudio con las variables dependientes (malestar emocional total, ansiedad y depresión) evaluadas un año más tarde. Los tamaños del efecto de las correlaciones entre las variables dependientes evaluadas al inicio y las variables dependientes evaluadas al año son grandes. Los tamaños del efecto entre rumiación inicial y las variables dependientes al año son moderados-grandes, mientras que para supresión de pensamientos, autoeficacia y apoyo social son moderados y para antecedentes psicopatológicos son pequeños-moderados.

Tabla 4.16. Correlaciones entre las variables independientes evaluadas al inicio y las variables dependientes evaluadas en el seguimiento al año.

	HADS-T año	HADS-A año	HADS-D año ^a
HADS-T inicial	.61***	.60***	.55***
HADS-A inicial	.60***	.66***	.46***
HADS-D inicial	.57***	.47***	.57***
RRS ^a	.53***	.48***	.46***
RRS-Reflexión ^a	.42***	.36**	.40***
RRS-Cavilación ^a	.49***	.48***	.39***
WBSI	.46***	.49***	.34**
WBSI-Intrusiones	.50***	.52***	.40***
WBSI-Supresión	.35***	.39***	.23*
CECS	.10	.16	.03
MOS ^a	-.42***	-.43***	-.32**
EAEAE	-.38***	-.40***	-.40***
Edad	-.19 ⁺	-.25*	-.13
Sexo ^b	.04	.14	-.07
AP ^b	.29**	.30**	.23*
Estadio	.09	-.01	.22 ⁺

⁺ p < .1; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

^a Se muestran los coeficientes de correlación de Spearman. ^b Se muestran los coeficientes de correlación biserial-puntual.

HADS-T, escala malestar emocional total; HADS-A, subescala de ansiedad; HADS-D, subescala de depresión; RRS, Escala de Respuestas Rumiativas; WBSI, Escala de Supresión de pensamientos; CECS, Escala de Control de Emociones; MOS, Escala de Apoyo Social; EAEAE, Escala de Autoeficacia para Afrontar el Estrés; AP, antecedentes psicopatológicos.

4.3.2 Análisis multivariado

En la Tabla 4.17 puede verse el modelo de regresión múltiple para el malestar emocional total. Como puede observarse, únicamente el malestar emocional inicial fue capaz de predecir el malestar inicial al año, explicando el 38% de la varianza. Ninguna de las demás variables fue capaz de predecir la variable dependiente, incluso sin incorporar el malestar emocional inicial al modelo.

Tabla 4.17. Modelo de regresión múltiple para malestar emocional (HADS-T), análisis longitudinal.

	B	SE(B)	Beta	t	p	Resumen del modelo			
						gl	F	R ² _{adj}	p
Modelo 1						4, 74	4.89	.17	.001
(Constante)	23.83	5.98		3.99	< .001				
Apoyo social	-2.25	1.69	-.15	-1.33	.188				
Autoeficacia	-0.37	0.16	-.26	-2.29	.025				
Antecedentes	2.81	1.70	.18	1.65	.103				
Edad	-0.06	0.08	-.08	-0.75	.455				
Modelo 2						6, 72	5.31	.25	< .001
(Constante)	12.99	9.65		1.35	.182				
Apoyo social	-1.74	1.67	-.12	-1.05	.299				
Autoeficacia	-0.09	0.18	-.06	-0.50	.617				
Antecedentes	2.27	1.62	.15	1.40	.166				
Edad	0.03	0.08	.03	0.32	.750				
Rumiación	-96.74	61.02	-.24	-1.59	.117				
Supr. pensam.	0.11	0.08	.21	1.44	.154				
Modelo 3						7, 71	7.85	.38	< .001
(Constante)	1.23	9.23		0.13	.895				
Apoyo social	-1.38	1.52	-.09	-0.91	.365				
Autoeficacia	-0.04	0.16	-.03	-0.25	.800				
Antecedentes	1.94	1.48	.13	1.31	.194				
Edad	-0.03	0.07	-.04	-0.45	.658				
Rumiación	27.65	63.38	.07	0.44	.664				
Supr. pensam.	0.08	0.07	.15	1.17	.247				
HADS-T inic.	0.58	0.15	.51	4.04	< .001				

En la Tabla 4.18 puede observarse cómo el nivel inicial de ansiedad fue el único predictor significativo de la ansiedad un año más tarde, explicando el modelo el 44% de la varianza. Sin embargo, antes de incorporar esta variable, la supresión de pensamientos apareció como marginalmente significativa a la hora de predecir el nivel de ansiedad ($\beta = .28$; $t = 1.99$; $p = .05$), incrementando en un 3% la varianza explicada.

Tabla 4.18. Modelo de regresión múltiple para ansiedad (HADS-A), análisis longitudinal.

	B	SE(B)	Beta	t	p	Resumen del modelo			
						gl	F	R ² _{adj}	p
Modelo 1						4, 74	6.15	.21	< .001
(Constante)	15.77	3.36		4.69	< .001				
Apoyo social	-1.62	0.95	-.19	-1.70	.093				
Autoeficacia	-0.21	0.09	-.25	-2.31	.024				
Antecedentes	1.62	0.96	.18	1.70	.094				
Edad	-0.06	0.04	-.13	-1.31	.194				
Modelo 2						6, 72	6.04	.28	< .001
(Constante)	7.18	5.45		1.32	.192				
Apoyo social	-1.53	0.94	-.18	-1.62	.110				
Autoeficacia	-0.06	0.10	-.07	-0.57	.568				
Antecedentes	1.32	0.92	.15	1.44	.154				
Edad	-0.02	0.05	-.03	-0.33	.742				
Rumiación	-28.62	34.48	-.12	-0.83	.409				
Supr. pensam.	0.09	0.04	.28	1.99	.050				
Modelo 3						7, 71	9.85	.44	< .001
(Constante)	-0.47	5.06		-0.09	.926				
Apoyo social	-1.02	0.84	-.12	-1.22	.227				
Autoeficacia	-0.00	0.09	-.00	-0.03	.977				
Antecedentes	1.27	0.81	.14	1.57	.122				
Edad	-0.03	0.04	-.07	-0.80	.424				
Rumiación	33.98	33.13	.14	1.03	.308				
Supr. pensam.	0.05	0.04	.15	1.18	.242				
HADS-A inic.	0.66	0.14	.58	4.70	< .001				

Resultados

El modelo de regresión logística empleado en la predicción de la sintomatología depresiva clínicamente significativa (Tabla 4.19) mostró que la rumiación inicial es un predictor significativo de la sintomatología depresiva un año más tarde, incluso después de controlar los síntomas depresivos iniciales. Este modelo explica el 41% de la varianza en depresión.

Tabla 4.19. Modelo de regresión logística para depresión al año (HADS-D).

	B	SE(B)	Wald	Exp(B)	p	Resumen del modelo ^a			
						gl	χ^2	R ²	p
Modelo 1 ^b						7	5.24	.11	.631
(Constante)	0.73	1.82	0.16	2.06	.690				
Apoyo social	0.41	0.53	0.59	1.50	.444				
Autoeficacia	-0.05	0.05	1.02	0.95	.313				
Antecedentes	-0.68	0.53	1.61	0.51	.204				
Estadio	0.19	0.25	0.56	1.20	.456				
Modelo 2 ^c						8	2.91	.31	.940
(Constante)	3.15	3.63	0.75	23.28	.385				
Apoyo social	0.02	0.61	0.00	1.02	.974				
Autoeficacia	0.04	0.07	0.31	1.04	.576				
Antecedentes	-0.62	0.60	1.04	0.54	.308				
Estadio	0.39	0.29	1.81	1.47	.178				
Rumiación	-70.55	24.30	8.43	0.00	.004				
Supr. pensam.	-0.01	0.03	0.13	0.99	.719				
Modelo 3 ^d						8	9.47	.41	.304
(Constante)	1.65	3.86	0.18	5.21	.668				
Apoyo social	0.03	0.64	0.00	1.03	.958				
Autoeficacia	0.03	0.08	0.20	1.03	.653				
Antecedentes	-0.49	0.64	0.58	0.61	.445				
Estadio	0.19	0.32	0.34	1.20	.560				
Rumiación	-56.79	25.69	4.89	0.00	.027				
Supr. pensam.	-0.01	0.03	0.05	0.99	.827				
HADS-D inic.	-1.67	0.61	7.39	0.19	.007				

^a gl, χ^2 y p para prueba de Hosmer y Lemeshow. R² de Nagelkerke.

^b Porcentaje correctamente clasificado 64.8%.

^c Porcentaje correctamente clasificado 74.0%.

^d Porcentaje correctamente clasificado 83.1%.

5 DISCUSIÓN

5.1 Hallazgos principales

Este estudio ha analizado el papel desempeñado por determinadas variables cognitivas a la hora de afrontar un cáncer y su asociación con el desarrollo de malestar emocional y síntomas ansioso-depresivos. Así, la rumiación apareció fuertemente asociada con todas las variables dependientes en los análisis transversales, además de predecir la aparición de síntomas depresivos en el seguimiento al año. Mientras, la supresión de pensamientos constituyó una variable explicativa significativa tanto del malestar emocional, como de la ansiedad en el análisis transversal al año. Por su parte, la supresión de emociones únicamente se asoció significativamente con los síntomas de ansiedad en el análisis transversal al año. La autoeficacia sólo ejerció efectos moderadores al inicio del estudio.

Como hemos visto, alrededor de la mitad de los pacientes pueden llegar a experimentar malestar emocional clínicamente significativo tras recibir el diagnóstico de cáncer, mientras que hasta un 43% podrá presentarlo un año más tarde. Estas cifras reflejan las tasas mayores de malestar emocional que presentan los pacientes oncológicos, siendo superiores a las encontradas en los estudios de prevalencia citados con anterioridad (Abbey et al., 2015; Krebber et al., 2014; Mitchell et al., 2011). Sin embargo, es probable que nuestros resultados sobreestimen el número de pacientes en riesgo, debido a que los puntos de corte empleados se proponen desde un estudio que busca discriminar los casos con sintomatología ansiosa o depresiva clínicamente significativa, con el fin de poder realizar un cribado (Costa Requena et al., 2009).

5.2 Rumiación

Como puede verse en los resultados de los estudios transversales, tanto al inicio como en el seguimiento al año, la rumiación presentó elevadas correlaciones con el malestar emocional y con la sintomatología de ansiedad y depresión. Una vez incluida en los modelos de regresión, la rumiación constituyó, junto con la autoeficacia, la única variable que explicaba significativamente tanto el malestar emocional, como la sintomatología ansiosa al inicio, cuando los pacientes acababan de recibir el diagnóstico oncológico. De hecho, estos modelos llegan a explicar respectivamente el 50% y el 52% de la varianza. Además, la rumiación fue la única variable asociada significativamente

con la sintomatología depresiva al inicio del estudio, explicando el 33% de la varianza y clasificando correctamente el 68% de los casos.

Respecto a los análisis de regresión realizados transversalmente en el seguimiento al año, la rumiación se asoció significativamente con el malestar emocional. El modelo multivariado, que también incluía la supresión de pensamientos como variable explicativa, pudo explicar hasta el 58% de la varianza. Respecto a la sintomatología ansiosa, la rumiación, junto con supresión de pensamientos y supresión de emociones explicaron el 53% de la varianza en esta variable. La presencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa se asoció con la rumiación, explicando el modelo que incluía a ésta el 47% de la varianza en aquella y clasificando correctamente el 79% de los casos.

Estos resultados de los análisis transversales vienen a confirmar los hallazgos de estudios previos en los que se observa que mayores niveles de rumiación se asocian con mayores niveles de distrés y síntomas psicopatológicos en pacientes con cáncer. Estas asociaciones se han encontrado tanto al evaluar a pacientes recién diagnosticados (K. F. Lam et al., 2015), como a pacientes que se encuentran en la fase de tratamiento (Danhauer et al., 2013; Perez et al., 2011; Thomsen et al., 2013), en la de supervivencia (Schroevers et al., 2008; Yuen, 2013), en cuidados paliativos (Galfin y Watkins, 2012), o con muestras mixtas (Chan et al., 2011; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Soo y Sherman, 2015).

Sin embargo, la capacidad predictiva de la rumiación no había sido convenientemente estudiada hasta el momento, ya que únicamente tres estudios han realizado análisis longitudinales. Wang et al. (2014) no encuentran que la rumiación, evaluada tras el diagnóstico, prediga el nivel de sintomatología ansiosa 1 mes después, aunque los resultados de este estudio hay que tomarlos con cautela, debido a que la medida de rumiación empleada resulta poco adecuada, pero sobre todo teniendo en cuenta los problemas que entraña realizar un estudio de estas características durante el mes inmediatamente posterior a recibir el diagnóstico. Danhauer et al. (2013) realizan un seguimiento a 9-13 semanas, encontrando una clara asociación entre presentar un mayor nivel de rumiación intrusiva al inicio y desarrollar un mayor malestar emocional en el seguimiento, si bien no controlan el nivel inicial de malestar emocional. Thomsen et al. (2013) realizan un seguimiento a 8 meses, encontrando que, si bien la rumiación

intrusiva inicial se asocia a nivel bivariado con el nivel de depresión en el seguimiento, en las pruebas multivariadas no encuentran tal asociación, una vez controlan el efecto del nivel inicial de depresión. Como puede comprobarse en nuestro estudio, no se aprecia un efecto de la rumiación inicial sobre el malestar emocional ni sobre la ansiedad evaluadas un año más tarde. Sin embargo, sí se pudo comprobar una clara asociación entre la rumiación inicial y la sintomatología depresiva al año, incluso después de controlar el nivel inicial de depresión. De hecho, el modelo que incorporaba estas variables explicó un 41% de la varianza en depresión y clasificó correctamente el 83% de los casos. Este resultado sería consonante con las teorías actuales sobre la aparición y mantenimiento de los trastornos depresivos en población general, convirtiendo a la rumiación en un objetivo clave en el tratamiento psicológico de los pacientes oncológicos.

Como puede comprobarse, ambas subescalas de cavilación y de reflexión presentaron correlaciones positivas con el malestar emocional y con la sintomatología ansiosa y depresiva. Este resultado apoyaría a parte de la literatura (Chan et al., 2011; Hung, 2011; K. F. Lam et al., 2015; Thomsen et al., 2013), mientras que contradice a otro grupo de estudios (Danhauer et al., 2013; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Soo y Sherman, 2015; Yuen, 2013), los cuales encuentran un efecto diferencial de ambas variables, siendo la cavilación perjudicial y la reflexión protectora frente al estrés. Estas discrepancias en los resultados se explicarían con base en Estos resultados tienen su explicación, con toda probabilidad, en los instrumentos empleados para su evaluación. Así, los estudios que emplean el Inventario de Rumiación (Calhoun et al., 2000) son los que encuentran un claro efecto diferencial, puesto que los ítems que se agrupan en el factor de rumiación relacionada con los beneficios se formulan con una valencia positiva (e.g. “Poco después de mi diagnóstico intenté sacar algo bueno de mi problema”). Como vemos, esta escala no evalúa exactamente la dimensión de reflexión de la rumiación, sino que realmente evaluaría *reestructuración cognitiva* o *búsqueda de beneficios* (e.g. “Poco después de mi diagnóstico, me recordé a mí mismo algunos de los beneficios de adaptarme al cáncer”). También los ítems de la subescala de rumiación instrumental de la Escala Multidimensional de Rumiación en la Enfermedad (Soo et al., 2014) están formulados de modo similar, asumiendo un efecto positivo de determinadas acciones encaminadas a procesar de modo recurrente los pensamientos (e.g. “Pensar en mi enfermedad me ayuda a centrarme en las cosas importantes para mí”). En cambio,

los estudios que encuentran efectos similares de cavilación y rumiación emplean la Escala de Respuestas Rumiativas (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) o el Cuestionario de Rumiación-Reflexión (Trapnell y Campbell, 1999), donde los ítems se formulan de modo más neutro, haciendo referencia a tendencias conductuales (e.g. RRS: “Te vas solo a algún sitio para pensar cómo te sientes”; RRQ: “Me gusta analizar por qué hago las cosas”). Así pues, esta discrepancia se explicaría al evaluarse dos conceptos diferentes en los estudios. En nuestra opinión, son estos últimos ítems los que de mejor manera se acercan al concepto original de rumiación como una tendencia a pensar de modo recurrente en el propio estado depresivo, en sus causas y sus consecuencias.

5.3 Supresión de pensamientos

Hasta donde conocemos, éste es el primer estudio que evalúa la supresión de pensamientos en pacientes oncológicos mediante un instrumento específico, siendo estos los primeros datos publicados en el campo. De acuerdo con los resultados obtenidos, la supresión de pensamientos presentó correlaciones elevadas con el malestar emocional y los síntomas de ansiedad y depresión, tanto al inicio como un año después. Sin embargo, en los análisis multivariados al inicio no aparece como un predictor significativo de estas variables. Esto puede deberse a que su efecto quede relegado por el efecto de la rumiación, con la cual presenta correlaciones significativas. Además, estaría en consonancia con los resultados encontrados en población general por Wenzlaff y Luxton (2003), quienes encuentran elevadas correlaciones entre ambas variables, y por Szasz (2009), quien encuentra que el efecto de la supresión de pensamientos sobre la depresión se encuentra mediado por la rumiación.

Por otro lado, la supresión de pensamientos sí constituye una variable explicativa, junto con la rumiación, del malestar emocional presentado por los pacientes en el estudio transversal al año, explicando el 58% de la varianza. Del mismo modo, junto a la rumiación y a la supresión de emociones conformó un modelo que explicó el 53% de la varianza en ansiedad. Este resultado es coherente con el modelo presentado anteriormente (Wenzlaff, 2004), el cual sugiere que, si bien al inicio del estudio no se aprecia relación entre esta variable y el malestar emocional, con el paso del tiempo y tras enfrentarse las demandas que la enfermedad le plantea, la persona que emplea estrategias de supresión desarrolla sintomatología ansiosa en caso de agotar sus

recursos. Además, esto apoyaría los hallazgos de algunos estudios que han evaluado la teoría del procesamiento del trauma de Creamer et al. (1992), encontrando que la evitación cognitiva/supresión de pensamientos no se asocia con mayor nivel de distrés en pacientes recién diagnosticados, pero sí en momentos posteriores del proceso oncológico (Manne et al., 2001; Rissanen et al., 2014).

En cuanto al estudio longitudinal, puede observarse que la asociación de supresión de pensamientos inicial y los síntomas de ansiedad en el seguimiento fue marginalmente significativa. Sin embargo, este efecto desapareció al controlar la sintomatología ansiosa inicial. No se observó ningún efecto significativo de la supresión de pensamientos sobre el malestar emocional ni sobre la sintomatología depresiva en los análisis longitudinales.

5.4 Supresión de emociones

Los resultados obtenidos con esta variable no sustentan las hipótesis planteadas. Como hemos visto, al inicio del estudio esta variable no presentó ninguna asociación significativa con el malestar emocional de los pacientes, ni en los análisis bivariados, ni en los multivariados. En los análisis longitudinales al año tampoco se evidencia una asociación entre estas variables. En el análisis transversal al año, no obstante, si bien no se encuentra una asociación con malestar emocional ni con depresión, sí se observa una asociación con la sintomatología ansiosa.

El hecho de que la supresión de emociones no correlacione ni con rumiación ni con supresión de pensamientos, y que tampoco se vincule de modo consistente con el malestar emocional, nos indica que la naturaleza de esta variable es diferente a la de aquellas. Por lo tanto, no podemos considerar la supresión de emociones como una estrategia de afrontamiento basada en el control de la experiencia privada. Otra alternativa que habría que considerar es que se tratase más bien de un patrón de interacción o comunicación interpersonal, si bien esto será una cuestión a responder por futuros estudios.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados no podemos concluir si esta variable implica una peor adaptación psicológica de los pacientes al cáncer, por lo que nuestro

estudio se alinearía con aquéllos que cuestionan la asociación entre supresión de emociones y malestar emocional.

5.5 Variables moderadoras, sociodemográficas y clínicas

Los efectos de la autoeficacia en nuestro estudio han sido similares a los encontrados en gran parte de la literatura previa. Así, la autoeficacia correlacionó significativamente con el malestar emocional total y con la sintomatología ansiosa y depresiva, tanto en el análisis transversal inicial, como en el seguimiento y en el análisis longitudinal. Además, la autoeficacia se asoció con el malestar emocional y con la sintomatología de ansiedad en los análisis multivariados al inicio del estudio. Sin embargo, no presentó asociaciones significativas con el malestar emocional, ni con los síntomas de ansiedad y depresión en el seguimiento al año, ni en el análisis longitudinal. Estos datos subrayan el papel que la autoeficacia puede desempeñar como factor protector frente al malestar emocional, especialmente durante la fase de diagnóstico y el inicio de la fase de tratamiento médico, momentos en que sería adecuado potenciarla dentro de los protocolos de tratamiento psicológico.

Como hemos visto, el apoyo social correlaciona de modo significativo con el malestar emocional y la sintomatología de ansiedad y depresión, al inicio del estudio, en el seguimiento al año y también de modo longitudinal. Sin embargo, esta variable no presentó asociaciones significativas con el malestar emocional o los síntomas en ninguno de los análisis multivariados. Los estudios que han empleado la escala MOS-SSS, si bien encuentran asociaciones transversales entre apoyo social y distrés o calidad de vida, observan que este efecto tiende a desaparecer en los seguimientos a largo plazo, encontrándose nuestro estudio alineado con ellos. Respecto a otros estudios sobre apoyo social se pueden observar algunas discrepancias, si bien éstas reflejan la gran diversidad de pruebas empleadas en la literatura.

De las variables sociodemográficas y clínicas la única que se asoció con el malestar emocional en los análisis bivariados fue la existencia de antecedentes psicopatológicos. Sin embargo, esta variable no se mostró como un predictor significativo en los análisis multivariados.

5.6 Fortalezas del estudio

Este estudio cuenta con una muestra suficientemente amplia para analizar la influencia de las variables independientes sobre el malestar emocional presentado por los pacientes. Además, se ha obtenido desde varios servicios hospitalarios e incluyendo una variedad de diagnósticos oncológicos, lo cual hace generalizables las conclusiones a la mayoría de pacientes con cáncer.

Una característica especialmente importante del estudio es la homogeneidad de la muestra en cuanto al momento de evaluación, puesto que todos los pacientes fueron evaluados en los 4 meses siguientes a haber recibido el diagnóstico de cáncer. Esto garantiza en gran medida el que las variables analizadas en el estudio no se hayan visto modificadas durante el proceso de adaptación, al encontrarse éste en sus inicios.

Este estudio incluye un seguimiento al año, lo cual nos aporta información sobre el efecto longitudinal de las variables y sobre su capacidad predictiva respecto al malestar emocional de los pacientes. Esto cobra especial relevancia ya que son escasos los estudios que analizan estas variables longitudinalmente. Además, permite conocer el estado de los pacientes en un momento en el que la mayoría de ellos han terminado el tratamiento activo de la enfermedad.

Por otro lado, el estudio no se restringe a evaluar las variables independientes de interés, sino que se analizan variables sociodemográficas, clínicas, psicosociales y psicológicas, relevantes de acuerdo con la literatura previa, con el fin de controlar sus efectos. Además, en los análisis longitudinales se controlan los niveles iniciales de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión, característica de la cual adolecen la mayoría de los estudios.

5.7 Limitaciones

Este estudio presenta una serie de limitaciones con respecto a la muestra empleada. Primero, la inclusión de los sujetos no se hizo de manera completamente sistemática, ya que no se garantiza que los servicios derivantes hayan ofrecido la cita con psicología a todos sus pacientes. Además, vemos que hay claras diferencias entre los pacientes derivados en función de los servicios (más derivaciones desde hospital de día médico, infrarrepresentación de algunos servicios, como oncología radioterápica).

Como consecuencia de esto nos encontramos con una muestra en que los pacientes en tratamiento quimioterápico también se encuentran sobrerrepresentados. Segundo, existe una infrarrepresentación de algunos diagnósticos, como el cáncer de próstata o de vejiga, así como de pacientes en estadio I. Tercero, cerca de un 40% de todos los pacientes elegibles no realizaron la evaluación inicial, lo cual implica un sesgo que podría afectar a los resultados. Cuarto, los pacientes que sí participaron en el estudio difieren con el resto en cuanto a sus diagnósticos y a los antecedentes psicopatológicos personales. Así, el grupo de participantes cuenta con menos diagnósticos de cáncer ginecológico, limitando la generalización de resultados a este grupo. Por otro lado, el grupo de participantes presentó en mayor medida antecedentes psicopatológicos, lo cual puede ser indicativo de una mayor tendencia a pedir ayuda de este grupo, o también podría indicar una mayor probabilidad de ser derivado al programa por su médico cuando existían condiciones psicopatológicas previas. Sin embargo, el diagnóstico no se vinculó con las variables dependientes, y los antecedentes psicopatológicos lo hicieron débilmente, lo cual limita la posible afectación de los resultados.

A pesar de que el tamaño muestral reclutado en el inicio excedió las necesidades del análisis de potencia, las pérdidas muestrales en el seguimiento hacen que la potencia estadística alcanzada no sea suficiente para detectar tamaños del efecto moderados. Esto podría llegar a implicar que no hayamos sido capaces de detectar algunas asociaciones menores entre determinadas variables. Sin embargo, resultó suficiente para detectar tamaños del efecto moderados-grandes.

Puesto que muchas veces las demandas de los distintos diagnósticos y pronósticos son muy diferentes (Zabora et al., 2001), hay que tener en cuenta que el análisis global de los resultados puede enmascarar efectos diferenciales en los subgrupos. Se harán necesarios análisis secundarios por subgrupos para su correcta interpretación.

Si bien las pruebas psicométricas seleccionadas presentan una adecuada fiabilidad y validez, al ser varias de ellas de tipo autoinforme, pueden ser vulnerables a ciertos sesgos de respuesta (p.ej. tendencia central, restricción del rango, deseabilidad social, etc.). Por ello, el empleo conjunto de entrevistas diagnósticas semiestructuradas permitiría una mejor evaluación tanto de los trastornos psicopatológicos, como de la sintomatología ansiosa y depresiva.

En este estudio se ha tratado de evaluar a los pacientes en el momento más temprano posible, con el fin de que sus estrategias de afrontamiento cognitivas fueran lo más similares posibles al estado premórbido. Sin embargo, no se puede garantizar que las estrategias cognitivas no hayan sufrido ninguna modificación en el proceso diagnóstico. En cualquier caso, esta limitación sólo podría superarse por medio de un estudio a nivel poblacional que evaluase las variables cognitivas antes del diagnóstico oncológico.

5.8 Implicaciones para la investigación

Futuros estudios, con muestras mayores, deberán analizar estos factores cognitivos con el fin de poder realizar análisis de subgrupos y así analizar el posible efecto diferencial sobre el malestar emocional que algunas variables pueden llegar a tener.

Sería interesante conocer el efecto de estas variables cognitivas en estudios con períodos de seguimiento mayores, los cuales alcancen la fase de supervivencia, con el fin de determinar si ejercen su influencia a lo largo de intervalos de tiempo más prolongados.

Visto el poder predictivo que la rumiación tiene sobre la sintomatología depresiva, se hace necesario que futuros estudios incorporen su estudio, especialmente aquellos ensayos clínicos que aborden la depresión. Se recomienda abandonar el estudio del componente reflexión de la rumiación como un factor protector frente al estrés. Los estudios que así lo consideran probablemente estén creando un artefacto debido a las pruebas utilizadas, las cuales evaluarían otros constructos. Como hemos visto, esta dimensión también ejerce un efecto perjudicial sobre la adaptación psicológica.

Puesto que la supresión de pensamientos es evaluada por vez primera mediante pruebas específicas en pacientes oncológicos, se hace necesario replicar este estudio en el futuro, así como incorporar esta variable en otros estudios sobre predictores de estrés.

Respecto a la supresión de emociones, como ya dijimos, futuros estudios empíricos deberán analizar en detalle su naturaleza y su posible asociación con el malestar emocional, intentando evitar las limitaciones presentes en la investigación

previa. Asimismo, el cuerpo de datos es suficientemente amplio como para realizar un estudio metanalítico que aclare este punto.

Sería recomendable que grupos de expertos definieran las pruebas más adecuadas para evaluar rumiación, autoeficacia y apoyo social en población oncológica, dada la variedad de pruebas empleadas, las cuales en muchas ocasiones generan gran disparidad de resultados. De hecho, sería útil que grupos de expertos consensuen un protocolo unificado de evaluación que facilite la comparación de resultados entre estudios, así como la realización de estudios metanalíticos.

Deberán llevarse a cabo ensayos clínicos que analicen la eficacia de terapias psicológicas que incorporen intervenciones específicas para abordar factores cognitivos como la rumiación y la supresión de pensamientos. En este sentido han comenzado a realizarse algunos estudios con terapias que intervienen sobre estas variables como *mindfulness*, ACT o *terapia metacognitiva* (Arch y Mitchell, 2015; Feros, Lane, Ciarrochi, y Blackledge, 2013; Fisher, McNicol, Young, Smith, y Salmon, 2015; Hoffman et al., 2012; Labelle et al., 2010; McNicol, Salmon, Young, y Fisher, 2013). Sin embargo, los ensayos clínicos realizados hasta el momento son aún insuficientes, por lo que deberán realizarse más estudios con estos modelos de terapia, adaptando su aplicación a población oncológica.

5.9 Implicaciones clínicas

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto la importancia de evaluar y tratar determinados factores que incrementarán el riesgo de que los pacientes oncológicos sufran alteraciones psicopatológicas. Esto se hace especialmente importante si tenemos en cuenta las elevadas tasas de malestar emocional que presentan los pacientes con cáncer comparado con la población general (Abbey et al., 2015; Krebber et al., 2014; Mitchell et al., 2011). Se hace necesario evaluar la presencia de pensamientos rumiativos en los pacientes tras el diagnóstico, ya que como hemos visto, incrementará el riesgo de que padezcan niveles significativos de síntomas depresivos un año más tarde, por lo general tras haber terminado los tratamientos médicos. También hemos visto que la supresión de pensamientos se asocia con el nivel de sintomatología ansiosa al año, convirtiéndose así en otro objetivo importante de las intervenciones psicológicas en personas con cáncer. Aquellos pacientes que presenten la tendencia a

usar estas estrategias de afrontamiento cognitivo serán susceptibles de recibir tratamientos que prevengan el desarrollo de sintomatología depresiva o ansiosa. Distintos modelos de terapia nos ofrecen recursos terapéuticos para intervenir sobre la rumiación y la supresión de pensamientos, partiendo de los modelos teóricos presentados anteriormente, en concreto ACT, mindfulness y la terapia metacognitiva.

Desde ACT se plantea intervenir sobre la evitación experiencial que desarrolla la persona respecto a todos los estímulos asociados al cáncer (Páez, Luciano, y Gutierrez, 2005). El objetivo consistiría en generar un nuevo contexto verbal, empleando estrategias que alteren las funciones de los eventos privados (emocionales y cognitivos) y que limiten el seguimiento de reglas de evitación (Páez, Luciano, y Gutiérrez, 2007). Al mismo tiempo, se busca promover la aceptación de estos eventos privados y orientar las nuevas acciones de la persona a partir de sus propios valores (Páez et al., 2007). De modo más concreto, este modelo propone determinadas estrategias con el fin de abordar la supresión de pensamientos y las rumiaciones, mediante la eliminación del control voluntario de las experiencias privadas y cambiando el funcionamiento de la persona, generalmente fusionado con sus pensamientos (K. G. Wilson y M. C. Luciano, 2007) y promoviendo una mayor flexibilidad cognitiva (Hulbert-Williams, Storey, y Wilson, 2015).

Algunos estudios aportan evidencia preliminar sobre la efectividad de este modelo de terapia en el tratamiento del malestar emocional en pacientes oncológicos. Así, Páez et al. (2007) comparan una intervención de ACT con una intervención de terapia cognitiva basada en la terapia psicológica adyuvante de Moorey y Greer (1989), ambas grupales, encontrando que el 83.3% de las pacientes en la condición de ACT y el 16.7% de las pacientes en la condición de terapia cognitiva refieren reducciones clínicamente significativas en sus niveles de ansiedad en el seguimiento a los 12 meses. Por otro lado, el 66.7% de las pacientes en la condición de ACT y el 33.3% de las pacientes en la condición de terapia cognitiva refieren reducciones clínicamente significativas en cuanto a su sintomatología ansiosa. Sin embargo, este estudio se llevó a cabo en una muestra de 12 participantes (6 en cada grupo) y sin realizar asignación aleatoria de los sujetos, por lo que la validez de las conclusiones debe ser tomada con cautela.

Feros et al. (2013) realizan un estudio para evaluar la efectividad de una intervención de ACT en una muestra de 45 pacientes oncológicos, encontrando

reducciones significativas del malestar emocional experimentado por los participantes, en el seguimiento a los 3 meses tras finalizar el tratamiento. Además, encuentran que los cambios en la flexibilidad cognitiva predicen el nivel de distrés y de ánimo, siendo un resultado acorde a lo predicho por la teoría (Hulbert-Williams et al., 2015).

Por último, Arch y Mitchell (2015) estudian la efectividad de un tratamiento de ACT en una muestra de 42 pacientes oncológicos con niveles significativos de ansiedad durante la etapa inmediatamente posterior a terminar el tratamiento oncológico. Encuentran reducciones significativas de los niveles de ansiedad y depresión, respecto a la línea base, en el seguimiento realizado a los 3 meses de finalizar la intervención.

La terapia metacognitiva constituye otro modelo prometedor a la hora de tratar la rumiación y la supresión de pensamientos (Wells et al., 2007). Surge vinculada directamente al modelo S-REF, con el fin de intervenir sobre los mecanismos patogénicos planteados por esta teoría (Matthews y Wells, 2004; Wells y Matthews, 1996). El procedimiento de la terapia metacognitiva suele incluir un componente de socialización en el modelo, técnicas para facilitar el abandono de la rumiación, mejorar la flexibilidad cognitiva (mediante entrenamiento atencional y observación de los pensamientos), modificación de las creencias metacognitivas y descatastrofizar la emoción (Wells y Papageorgiou, 2004).

Hasta ahora únicamente se han publicado estudios de caso único o series de casos para evaluar este modelo de terapia. McNicol et al. (2013) informa de un caso clínico en el que la aplicación de terapia metacognitiva condujo a una reducción clínicamente significativa del malestar emocional, que además se mantuvieron en el seguimiento a los 6 meses. Fisher et al. (2015) presentan una serie de casos en los que se observan reducciones significativas del malestar emocional, las cuales se mantienen en el seguimiento a los 6 meses. Elzami et al. (2015) también publican una serie de casos, observando reducciones clínicamente significativas tanto en sintomatología depresiva, como en rumiación, manteniéndose los resultados en el seguimiento a los 2 meses.

Mindfulness, traducido al castellano como *atención plena*, es un modelo de tratamiento derivado de la meditación budista (Kabat-Zinn, 2003). Persigue prestar atención a la experiencia en el momento presente, de modo intencional, sin juzgarla (Shapiro, Carlson, Astin, y Freedman, 2006). Se considera que los principales mecanismos por medio de los cuáles ejerce su influencia son: la regulación de la

atención, la mejora de la conciencia corporal, la regulación emocional y el cambio en la perspectiva del yo (Hölzel et al., 2011). Estos mecanismos lo vinculan directamente tanto con la terapia de aceptación y compromiso, en su componente de aceptación y *defusión cognitiva* (Shapiro et al., 2006), como con la terapia metacognitiva por su componente de regulación atencional (Wells y Papageorgiou, 2004). La principal conceptualización de mindfulness como modelo de terapia ha sido el programa de reducción de estrés basado en mindfulness de Kabat-Zinn (2003), de ocho sesiones semanales de 2 horas y media de duración en formato grupal, y la terapia cognitiva para la depresión basada en mindfulness de Segal, Williams, y Teasdale (2008), también de ocho sesiones.

Se han realizado los primeros ensayos clínicos que aportan información acerca de la eficacia de mindfulness en pacientes oncológicos. Lengacher et al. (2009) realizan un ensayo aleatorizado con 84 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que habían finalizado el tratamiento médico. Se asignó a 41 de ellas a un tratamiento grupal de 2 horas semanales de duración y seis sesiones de mindfulness, mientras que las 43 restantes se asignaron a lista de espera. Se pudo comprobar que, a las 6 semanas, aquellas pacientes que habían recibido el tratamiento de mindfulness presentaban menores niveles de ansiedad, depresión, y temor a las recaídas, así como un mejor funcionamiento físico. Aquellas pacientes con mayor cumplimiento terapéutico de mindfulness experimentaron un mayor nivel de beneficios.

Hoffman et al. (2012) también realizan un ensayo clínico aleatorizado en una muestra de 229 mujeres que habían terminado el tratamiento por cáncer de mama. En este caso 114 fueron asignadas a un tratamiento grupal de 8 semanas de mindfulness, mientras que 115 se asignaron a lista de espera. A las 12 semanas, las pacientes en el grupo experimental presentaban menor ansiedad, depresión, fatiga y mayor calidad de vida que el grupo control.

Henderson et al. (2012) realizan un ensayo clínico aleatorizado en una muestra de 163 mujeres con cáncer de mama en estadios I y II que habían sido diagnosticadas en los 2 años previos. El grupo experimental contó con 53 participantes que realizaron ocho sesiones de mindfulness, el primer grupo control estuvo compuesto por 52 participantes que siguieron un tratamiento de educación nutricional con la misma duración que el grupo experimental, mientras que el segundo grupo control contó con

58 participantes que no recibieron ninguna intervención formal. Se observó que el grupo de mindfulness experimentaba menor depresión que el grupo de tratamiento nutricional tras la finalización del tratamiento. Sin embargo, este efecto desapareció en el seguimiento a los 24 meses, manteniéndose únicamente los beneficios en una de las variables secundarias, que fue la supresión de emociones evaluada con el CECS.

Como vimos anteriormente, el ensayo clínico no aleatorizado realizado por Campbell et al. (2012) y Labelle et al. (2010) puso de manifiesto que aquellas pacientes que recibieron una intervención mindfulness mejoraron en mayor medida su sintomatología depresiva y redujeron más sus puntuaciones en rumiación que un grupo control de lista de espera.

6 Conclusiones

Conclusiones

1. La rumiación es la única entre las variables estudiadas que se asocia transversalmente con la sintomatología ansiosa y depresiva, así como con el malestar emocional total, tras recibir el diagnóstico oncológico y en el seguimiento un año más tarde.
2. La supresión de pensamientos se asocia transversalmente en el seguimiento al año con la sintomatología ansiosa y con el malestar emocional total.
3. El control de emociones no se asocia transversalmente con la sintomatología ansiosa y depresiva, ni con el malestar emocional, al inicio del estudio. Tampoco se asocia al año ni con el malestar emocional, ni con los síntomas de depresión. En cambio sí presenta una modesta asociación con la sintomatología ansiosa.
4. De las variables cuyo efecto se controla, únicamente la autoeficacia juega un rol de variable explicativa para la sintomatología de ansiedad y el malestar emocional al inicio del estudio, sin que influya en los demás análisis realizados.
5. Ninguna de las variables cognitivas predice el nivel de malestar emocional o de sintomatología ansiosa al año. Únicamente el malestar emocional inicial y la sintomatología ansiosa inicial, respectivamente, tienen poder predictivo sobre ellas.
6. La rumiación inicial presentada por los pacientes tras recibir el diagnóstico oncológico predice la aparición de sintomatología depresiva clínicamente significativa un año más tarde. Este efecto se mantiene aún después de controlar el nivel de depresión inicial, lo cual señala su papel perjudicial como factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, G., Thompson, S. B., Hickish, T., & Heathcote, D. (2015). A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psycho-Oncology*, 24(4), 371-381.
- Admiraal, J. M., Reyners, A. K., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2013). Do cancer and treatment type affect distress? *Psycho-Oncology*, 22(8), 1766-1773.
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior1. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- Albrecht, K., Droll, H., Giesler, J. M., Nashan, D., Meiss, F., & Reuter, K. (2013). Self-efficacy for coping with cancer in melanoma patients: its association with physical fatigue and depression. *Psycho-Oncology*, 22(9), 1972-1978.
- Allart, P., Soubeyran, P., & Cousson-Gelie, F. (2013). Are psychosocial factors associated with quality of life in patients with haematological cancer? A critical review of the literature. *Psycho-Oncology*, 22(2), 241-249.
- American Psychiatric Association. (2001). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR) 4ª ed revisada*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysochoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79-89.
- Anarte-Ortiz, M. T., Esteve-Zarazaga, R., Ramírez-Maestre, C., López-Martínez, A. E., & Amorós-Vicario, F. J. (2001). Adaptación al castellano de la escala Cortauld de Control Emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13(4), 636-642.
- Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Nakatani, Y., Yamamoto, K., . . . Miyaoka, H. (2011). Predictors of psychological distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. *Psychosomatics*, 52(1), 56-64.
- Ando, N., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Wada, M., Yamamoto, K., . . . Miyaoka, H. (2009). Psychological characteristics and subjective symptoms as determinants of psychological distress in patients prior to breast cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 17(11), 1361-1370.
- Andreu, Y., Galdon, M. J., Dura, E., Martinez, P., Perez, S., & Murgui, S. (2012). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: prevalence and risk factors. *Psychology & Health*, 27(1), 72-87.
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Martínez, P., & Martínez, O. (2015). Precisión diagnóstica del termómetro de distrés en neoplasias hematológicas. *Psicooncología*, 12(2-3), 237-247.

- Arch, J. J., & Mitchell, J. L. (2015). An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psycho-Oncology*.
- Arndt, J., Cook, A., Goldenberg, J. L., & Cox, C. R. (2007). Cancer and the threat of death: the cognitive dynamics of death-thought suppression and its impact on behavioral health intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(1), 12-29.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M., & Calvo, J. I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, *7*(2), 181-187.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In T. Urdan & F. Pajares (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307-337): Information Age Publishing.
- Barrett, L. F., Tugade, M. M., & Engle, R. W. (2004). Individual Differences in Working Memory Capacity and Dual-Process Theories of the Mind. *Psychological Bulletin*, *130*(4), 553-573.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*, 324-333.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beckham, J. C., Burker, E. J., Lytle, B. L., Feldman, M. E., & Costakis, M. J. (1997). Self-efficacy and adjustment in cancer patients: a preliminary report. *Behavioral Medicine*, *23*(3), 138-142.
- Beevers, C. G., Wenzlaff, R. M., Hayes, A. M., & Scott, W. D. (1999). Depression and the Ironic Effects of Thought Suppression: Therapeutic Strategies for Improving Mental Control. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*(2), 133-148.
- Bisson, J. I., Chubb, H. L., Bennett, S., Mason, M., Jones, D., & Kynaston, H. (2002). The prevalence and predictors of psychological distress in patients with early localized prostate cancer. *BJU International*, *90*(1), 56-61.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69-77.
- Bjorvatn, C., Eide, G. E., Hanestad, B. R., Hamang, A., & Havik, O. E. (2009). Intrusion and avoidance in subjects undergoing genetic investigation and

- counseling for hereditary cancer. *Supportive Care in Cancer*, 17(11), 1371-1381.
- Bleiker, E. M., Hendriks, J. H., Otten, J. D., Verbeek, A. L., & van der Ploeg, H. M. (2008). Personality factors and breast cancer risk: a 13-year follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*, 100(3), 213-218.
- Bleiker, E. M., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. W., & Ader, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40(3), 209-217.
- Bleiker, E. M., van der Ploeg, H. M., Hendriks, J. H., & Ader, H. J. (1996). Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*, 88(20), 1478-1482.
- Blumberg, S. J. (2000). The white bear suppression inventory: revisiting its factor structure. *Personality and Individual Differences*, 29(5), 943-950.
- Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Social support and the cancer patient--a need for clarity. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, 6(1), 72-77.
- Boyes, A. W., Girgis, A., D'Este, C. A., Zucca, A. C., Lecathelinais, C., & Carey, M. L. (2013). Prevalence and predictors of the short-term trajectory of anxiety and depression in the first year after a cancer diagnosis: a population-based longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, 31(21), 2724-2729.
- Bray, F., Ren, J. S., Masuyer, E., & Ferlay, J. (2013). Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International Journal of Cancer*, 132(5), 1133-1145.
- Bredal, I. S. (2010). The Norwegian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: factor structure and psychometric properties. *Psycho-Oncology*, 19(2), 216-221.
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 371-378.
- Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1131-1142.
- Brinkman, T. M., Zhu, L., Zeltzer, L. K., Recklitis, C. J., Kimberg, C., Zhang, N., . . . Krull, K. R. (2013). Longitudinal patterns of psychological distress in adult survivors of childhood cancer. *British Journal of Cancer*, 109(5), 1373-1381.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.

- Cabanes, A., Pérez-Gómez, B., Aragonés, N., Pollán, M., & López-Abente, G. (2009). La situación del cáncer en España, 1975-2006. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*(3), 521-527.
- Campbell, T. S., Labelle, L. E., Bacon, S. L., Faris, P., & Carlson, L. E. (2012). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: a waitlist-controlled study. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(3), 262-271.
- Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., . . . Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer, 90*(12), 2297-2304.
- Carlson, L. E., Waller, A., Groff, S. L., Giese-Davis, J., & Bultz, B. D. (2013). What goes up does not always come down: patterns of distress, physical and psychosocial morbidity in people with cancer over a one year period. *Psycho-Oncology, 22*(1), 168-176.
- Caro, I., & Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la salud. *Boletín de Psicología, 36*, 43-69.
- Castro, E., Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. (2012). Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilian Adults with Cancer: A Longitudinal Study. *Psychology (Savannah, Ga.), 3*, 304-309.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 316-336.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology, 15*(6), 434-437.
- Cohen, M. (2013). The association of cancer patients' emotional suppression and their self-rating of psychological distress on short screening tools. *Behavioral Medicine, 39*(2), 29-35.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. (pp. 109-124). New York: Hemisphere.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamark, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support: theory, research, and applications* (pp. 73-94). The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhoff.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronnenwetter, C., Chang, V., McFarlin, S., & Spiegel, D. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups. The role of emotional suppression and fighting spirit. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(5), 461-467.
- Costa-Requena, G., Ballester-Arnal, R., Qureshi, A., & Gil, F. (2014). A one-year follow-up of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and perceived social support in cancer. *Psycho-Oncologie, 8*(2), 89-93.
- Costa-Requena, G., Rodriguez, A., Fernandez, R., Palomera, E., & Gil, F. L. (2011). Cognitive processing variables in breast cancer: worry and distress at the end of treatment. *Journal of Cancer Education, 26*(2), 375-379.
- Costa Requena, G., Pérez Martín, X., Salamero Baró, M., & Gil Moncayo, F. L. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). *Ansiedad y estrés, 15*(2-3), 217-229.
- Costa Requena, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). [Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients]. *Medicina Clínica, 128*(18), 687-691.
- Cousson-Gelie, F., Irachabal, S., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J. M., & Lakdja, F. (2005). Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychological Reports, 97*(3), 699-711.
- Coyne, J. C., & Calarco, M. M. (1995). Effects of the experience of depression: application of focus group and survey methodologies. *Psychiatry, 58*(2), 149-163.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 454-460.
- Coyne, J. C., Stefanek, M., & Palmer, S. C. (2007). Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence. *Psychological Bulletin, 133*(3), 367-394.
- Coyne, J. C., & van Sonderen, E. (2012a). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is dead, but like Elvis, there will still be citations. *Journal of Psychosomatic Research, 73*(1), 77-78.
- Coyne, J. C., & van Sonderen, E. (2012b). No further research needed: abandoning the Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS). *Journal of Psychosomatic Research, 72*(3), 173-174.

- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: a cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 452-459.
- Curtis, R., Groarke, A., & Sullivan, F. (2014). Stress and self-efficacy predict psychological adjustment at diagnosis of prostate cancer. *Scientific Reports, 4*, 5569.
- Chan, M. W., Ho, S. M., Tedeschi, R. G., & Leung, C. W. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 20*(5), 544-552.
- Danhauer, S. C., Russell, G. B., Tedeschi, R. G., Jesse, M. T., Vishnevsky, T., Daley, K., . . . Powell, B. L. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(1), 13-24.
- De Boer, M. F., Van den Borne, B., Pruyn, J. F., Ryckman, R. M., Volovics, L., Knegt, P. P., . . . Verwoerd, C. D. (1998). Psychosocial and physical correlates of survival and recurrence in patients with head and neck carcinoma: results of a 6-year longitudinal study. *Cancer, 83*(12), 2567-2579.
- Derogatis, L. R. (1991). Personality, stress, disease, and bias in epidemiologic research. *Psychological Inquiry, 2*(3), 238-242.
- Donovan, K. A., Grassi, L., McGinty, H. L., & Jacobsen, P. B. (2014). Validation of the distress thermometer worldwide: state of the science. *Psycho-Oncology, 23*(3), 241-250.
- Dunn, J., Ng, S. K., Holland, J., Aitken, J., Youl, P., Baade, P. D., & Chambers, S. K. (2013). Trajectories of psychological distress after colorectal cancer. *Psycho-Oncology, 22*(8), 1759-1765.
- Durá, E., Andreu, Y., Galdon, M. J., Ibanez, E., Perez, S., Ferrando, M., . . . Martinez, P. (2010). Emotional suppression and breast cancer: validation research on the Spanish Adaptation of the Courtauld Emotional Control Scale (CECS). *Spanish Journal of Psychology, 13*(1), 406-417.
- Durá, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social, 6*(2), 257-271.
- Edge, S. B., & Compton, C. C. (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Annals of Surgical Oncology, 17*(6), 1471-1474.
- Elklit, A., & Blum, A. (2011). Psychological adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: a prototype study of delayed post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 50*(4), 350-363.

- Elzami, M., Bahmani, B., Kermani Ranjbar, T., Azkhosh, M., Anbiaee, R., & Karimnejad Azar, F. (2015). Metacognitive Therapy and Depression of Women with Breast Cancer. *Practice in Clinical Psychology, 3*(1), 69-77.
- Enns, A., Waller, A., Groff, S. L., Bultz, B. D., Fung, T., & Carlson, L. E. (2013). Risk factors for continuous distress over a 12-month period in newly diagnosed cancer outpatients. *Journal of Psychosocial Oncology, 31*(5), 489-506.
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., . . . Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology, 22*(6), 1283-1290.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology, 18*(4), 315-326.
- Estepé, T., Estapé, J., Soria-Pastor, S., & Díez, A. (2014). Uso de internet para evaluar el distrés psicológico en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología, 11*(2-3), 271-283.
- Eysenck, H. J. (1985). Personality, cáncer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and Individual Differences, 6*(5), 535-556.
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 16*(3), 167-215.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S., & Jencius, S. (2013). The cognitive attentional syndrome: examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Research, 210*(1), 215-219.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., . . . Bray, F. (2013). *GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11* <http://globocan.iarc.fr>,
- Fernandez de Larrea-Baz, N., Alvarez-Martin, E., Morant-Ginestar, C., Genova-Maleras, R., Gil, A., Perez-Gomez, B., & Lopez-Abente, G. (2009). Burden of disease due to cancer in Spain. *BMC Public Health, 9*, 42.
- Fernandez Rodriguez, C., Padierna Sanchez, C., Villoria Fernandez, E., Amigo Vazquez, I., Fernandez Martinez, R., & Pelaez Fernandez, I. (2011). [Impact of

- anxiety and depression on the physical status and daily routines of cancer patients during chemotherapy]. *Psicothema*, 23(3), 374-381.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- Ferrero, J., Barreto, M. P., & Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3(3), 223-232.
- Fisher, P. L., McNicol, K., Young, B., Smith, E., & Salmon, P. (2015). Alleviating Emotional Distress in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: An Open Trial of Metacognitive Therapy. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 4(2), 64-69.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
- Fong, T. C., & Ho, R. T. (2015). Re-examining the factor structure and psychometric properties of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale in a sample of 364 Chinese cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 23(2), 353-358.
- Galfin, J. M., & Watkins, E. R. (2012). Construal level, rumination, and psychological distress in palliative care. *Psycho-Oncology*, 21(6), 680-683.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garsen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 315-338.
- Gènova Maleras, R., Álvarez Martín, E., & Morant Ginestar, C. (2006). Carga de enfermedad y tendencias de morbilidad de la población española. In R. Puyol Antolín & A. Abellán García (Eds.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. (pp. 91-110). Madrid: Mondial Assistance.
- Gil Moncayo, F. L., Costa Requena, G., Perez, F. J., Salamero, M., Sanchez, N., & Sirgo, A. (2008). [Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients]. *Medicina Clínica*, 130(3), 90-92.
- Gil Moncayo, F. L., Grassi, L., Travado, L., Tomamichel, M., & Gonzalez, J. R. (2005). Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 13(8), 600-606.
- Godoy Izquierdo, D., Godoy Garcia, J. F., Lopez-Chicheri Garcia, I., Martinez Delgado, A., Gutierrez Jimenez, S., & Vazquez Vazquez, L. (2008). [Psychometric

- properties of the Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estres (EAEAE)]. *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Gonçalves, V., Jayson, G., & Tarrier, N. (2008). A longitudinal investigation of psychological morbidity in patients with ovarian cancer. *British Journal of Cancer*, 99(11), 1794-1801.
- Gonzalez Rodriguez, M., Avero Delgado, P., Rovella, A. T., & Cubas Leon, R. (2008). Structural validity and reliability of the Spanish version of the White Bear Suppression Inventory (WBSI) in a sample of the general Spanish population. *Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 650-659.
- Goodwin, P. J., Ennis, M., Bordeleau, L. J., Pritchard, K. I., Trudeau, M. E., Koo, J., & Hood, N. (2004). Health-related quality of life and psychosocial status in breast cancer prognosis: analysis of multiple variables. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4184-4192.
- Goren, A., Gilloteau, I., Lees, M., & DaCosta Dibonaventura, M. (2014). Quantifying the burden of informal caregiving for patients with cancer in Europe. *Supportive Care in Cancer*, 22(6), 1637-1646.
- Grassi, L., & Rosti, G. (1996). Psychosocial morbidity and adjustment to illness among long-term cancer survivors. A six-year follow-up study. *Psychosomatics*, 37(6), 523-532.
- Graves, K. D., Arnold, S. M., Love, C. L., Kirsh, K. L., Moore, P. G., & Passik, S. D. (2007). Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer*, 55(2), 215-224.
- Greer, S., & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science Medicine*, 20, 773-777.
- Grossarth-Maticek, R., Bastianns, J., & Kanazir, D. T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 167-176.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D. T., Schmidt, P., & Vetter, H. (1982). Psychosomatic factors in the process of cancerogenesis. *Psychotherapy Psychosomatics*, 38, 284-302.
- Grunfeld, E., Coyle, D., Whelan, T., Clinch, J., Reyno, L., Earle, C. C., . . . Glossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1795-1801.
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767-783.

- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., . . . Kieltyka, R. L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(5), 279-283.
- Hansen, J. A., Feuerstein, M., Calvio, L. C., & Olsen, C. H. (2008). Breast cancer survivors at work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50*(7), 777-784.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., Todd, B. L., & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 40*(2), 163-181.
- Hart, S. L., Torbit, L. A., Crangle, C. J., Esplen, M. J., Holter, S., Semotiuk, K., . . . Gallinger, S. (2012). Moderators of cancer-related distress and worry after a pancreatic cancer genetic counseling and screening intervention. *Psycho-Oncology, 21*(12), 1324-1330.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The Impact of Acceptance versus Control Rationales on Pain Tolerance. *The Psychological Record, 49*(1), 33-47.
- Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hebert, J. R. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Research and Treatment, 131*(1), 99-109.
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., de Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology, 29*(2), 160-168.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry, 25*(4), 277-283.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*(2), 111-121.
- Hirai, K., Suzuki, Y., Tsuneto, S., Ikenaga, M., Hosaka, T., & Kashiwagi, T. (2002). A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psycho-Oncology, 11*(3), 221-229.
- Ho, R. T., Chan, C. L., & Ho, S. M. (2004). Emotional control in Chinese female cancer survivors. *Psycho-Oncology, 13*(11), 808-817.

- Ho, S. M., Fung, W. K., Chan, C. L., Watson, M., & Tsui, Y. K. (2003). Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) scale. *Psycho-Oncology*, *12*(6), 547-556.
- Hoffman, C. J., Ersser, S. J., Hopkinson, J. B., Nicholls, P. G., Harrington, J. E., & Thomas, P. W. (2012). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(12), 1335-1342.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 537-559.
- Höping, W., & de Jong-Meyer, R. (2003). Differentiating unwanted intrusive thoughts from thought suppression: what does the White Bear Suppression Inventory measure? *Personality and Individual Differences*, *34*(6), 1049-1055.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 209-218.
- Hulbert-Williams, N., Morrison, V., Wilkinson, C., & Neal, R. D. (2013). Investigating the cognitive precursors of emotional response to cancer stress: re-testing Lazarus's transactional model. *British Journal of Health Psychology*, *18*(1), 97-121.
- Hulbert-Williams, N., Neal, R., Morrison, V., Hood, K., & Wilkinson, C. (2012). Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*, *21*(8), 857-867.
- Hulbert-Williams, N., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, *24*(1), 15-27.
- Hung, S.-m. D. (2011). *The relationships among hope, optimism, attentional bias, cancer-related rumination and psychological distress in cancer patients*. The University of Hong Kong (Pokfulam, Hong Kong). Retrieved from <http://hub.hku.hk/handle/10722/180819>
- IBM. (2010). IBM SPSS statistics version 19.0.0. Chicago: SPSS, Inc., an IBM Company (1989, 2010).
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., & Okawa, M. (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*(3), 289-294.

- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005a). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, *46*(1), 19-24.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005b). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. *Health Communication*, *18*(3), 201-215.
- Iwatani, T., Matsuda, A., Kawabata, H., Miura, D., & Matsushima, E. (2013). Predictive factors for psychological distress related to diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, *22*(3), 523-529.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 295-304.
- Jayadevappa, R., Malkowicz, S. B., Chhatre, S., Johnson, J. C., & Gallo, J. J. (2012). The burden of depression in prostate cancer. *Psycho-Oncology*, *21*(12), 1338-1345.
- Johansson, M., Ryden, A., & Finizia, C. (2011). Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer - a longitudinal study. *BMC Cancer*, *11*, 283.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(3), 693-710.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós.
- Kang, J. I., Chung, H. C., Kim, S. J., Choi, H. J., Ahn, J. B., Jeung, H. C., & Namkoong, K. (2008). Standardization of the Korean version of Mini-Mental Adjustment to Cancer (K-Mini-MAC) scale: factor structure, reliability and validity. *Psycho-Oncology*, *17*(6), 592-597.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, *22*(4), 499-524.
- Kempen, G. I. J. M., & Van Eijk, L. M. (1995). The psychometric properties of the SSL12-I, a short scale for measuring social support in the elderly. *Social Indicators Research*, *35*, 303-312.
- Krebber, A. M., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., de Bree, R., Leemans, C. R., . . . 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*(2), 121-130.

- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(7), 1105-1111.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, *88*(12), 2817-2823.
- Kulpa, M., Kosowicz, M., Stypula-Ciuba, B. J., & Kazalska, D. (2014). Anxiety and depression, cognitive coping strategies, and health locus of control in patients with digestive system cancer. *Prz Gastroenterol*, *9*(6), 329-335.
- Kwak, M., Zebrack, B. J., Meeske, K. A., Embry, L., Aguilar, C., Block, R., . . . Cole, S. (2013a). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms in adolescent and young adult cancer survivors: a 1-year follow-up study. *Psycho-Oncology*, *22*(8), 1798-1806.
- Kwak, M., Zebrack, B. J., Meeske, K. A., Embry, L., Aguilar, C., Block, R., . . . Cole, S. (2013b). Trajectories of psychological distress in adolescent and young adult patients with cancer: a 1-year longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, *31*(17), 2160-2166.
- Labelle, L., Campbell, T., & Carlson, L. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction in Oncology: Evaluating Mindfulness and Rumination as Mediators of Change in Depressive Symptoms. *Mindfulness*, *1*(1), 28-40.
- Lam, K. F., Lim, H. A., Tan, J. Y., & Mahendran, R. (2015). The relationships between dysfunctional attitudes, rumination, and non-somatic depressive symptomatology in newly diagnosed Asian cancer patients. *Comprehensive Psychiatry*, *61*, 49-56.
- Lam, W. W., Bonanno, G. A., Mancini, A. D., Ho, S., Chan, M., Hung, W. K., . . . Fielding, R. (2010). Trajectories of psychological distress among Chinese women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(10), 1044-1051.
- Lam, W. W., & Fielding, R. (2007). Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast cancer? *Psycho-Oncology*, *16*(7), 651-659.
- Lam, W. W., Shing, Y. T., Bonanno, G. A., Mancini, A. D., & Fielding, R. (2012). Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psycho-Oncology*, *21*(1), 90-99.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., . . . Kip, K. E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*(12), 1261-1272.
- Lev, E. L., Daley, K. M., Conner, N. E., Reith, M., Fernandez, C., & Owen, S. V. (2001). An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *15*(3), 277-294.
- Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., Yi, J., Wang, Y., & Zhang, J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes*, *13*, 51.
- Liao, M. N., Chen, S. C., Chen, S. C., Lin, Y. C., Chen, M. F., Wang, C. H., . . . Jane, S. W. (2015). Change and predictors of symptom distress in breast cancer patients following the first 4 months after diagnosis. *Journal of the Formosan Medical Association*, *114*(3), 246-253.
- Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, *141*(2-3), 343-351.
- López-Roig, S., Pastor-Mira, M. A., & Terol-Cantero, M. C. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de psicología de la salud*, *12*(2).
- Low, C. A., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: mechanisms for positive health effects. *Health Psychology*, *25*(2), 181-189.
- Luciano, J. V., Belloch, A., Algarabel, S., Tomás, J. M., Morillo, C., & Lucero, M. (2006). Confirmatory factor analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire: A comparison of alternative models. *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(4), 250-258.
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2012). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(1), 166-177.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. Differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 373-378.

- Manne, S., Glassman, M., & Du Hamel, K. (2001). Intrusion, avoidance, and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 658-667.
- Manne, S., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Grana, G., & Goldstein, L. (2006). Cancer-specific self-efficacy and psychosocial and functional adaptation to early stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 145-154.
- Martínez López, P., Durá Ferrandis, E., Andreu Vaillo, Y., Galdón Garrido, M. J., Murgui Pérez, S., & Ibáñez Guerra, E. (2012). Structural validity and distress screening potential of the Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 435-447.
- Martinez, P., Galdon, M. J., Andreu, Y., & Ibanez, E. (2013). The Distress Thermometer in Spanish cancer patients: convergent validity and diagnostic accuracy. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 3095-3102.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*(32), 57-71.
- Massie, M. J., & Holland, J. C. (1984). Diagnosis and treatment of depression in the cancer patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(3 Pt 2), 25-29.
- Matthews, G., & Wells, A. (1996). Attentional processes, coping strategies and clinical intervention. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 573-601). New York: John Wiley & Sons.
- Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24(1), 69-93.
- Matthews, G., & Wells, A. (2004). Rumination, Depression, and Metacognition: the S-REF Model. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination : nature, theory, and treatment* (pp. 125-151). The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England: John Wiley & Sons Ltd.
- McNicol, K., Salmon, P., Young, B., & Fisher, P. (2013). Alleviating Emotional Distress in a Young Adult Survivor of Adolescent Cancer: A Case Study Illustrating a New Application of Metacognitive Therapy. *Clinical Case Studies*, 12(1), 22-38.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H., & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, 19(6), 736-745.
- Melchior, H., Buscher, C., Thorenz, A., Grochocka, A., Koch, U., & Watzke, B. (2013). Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1), 39-45.

- Melek, S., & Norris, D. (2008). *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders*. Seattle: Milliman.
- Millar, K., Purushotham, A. D., McLatchie, E., George, W. D., & Murray, G. D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(4), 335-342.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Mitchell, A. J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(29), 4670-4681.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, *12*(2), 160-174.
- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncology*, *14*(8), 721-732.
- Moorey, S., & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. Oxford: Heinemann Medical Books.
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *20*(11), 1176-1183.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(5-6), 501-513.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Gogou, P., Panagiotou, I., Galanos, A., . . . Gouliamos, A. (2010). Self-efficacy, depression, and physical distress in males and females with cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, *27*(8), 518-525.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Panagiotou, I., Vassiliou, I., & Gouliamos, A. (2013). Relationship of general self-efficacy with anxiety, symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. *Psycho-Oncology*, *22*(5), 1089-1095.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Shikanai, H., Yamamoto, K., . . . Miyaoka, H. (2014). The relationship between emotional suppression and

- psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(9), 818-825.
- Nakatani, Y., Iwamitsu, Y., Kuranami, M., Okazaki, S., Yamamoto, K., Watanabe, M., & Miyaoka, H. (2013). Predictors of psychological distress in breast cancer patients after surgery. *Kitasato Med J*, 43, 49-56.
- National Comprehensive Cancer Network. (2003). Distress management. Clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 1(3), 344-374.
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *Clinical practice guidelines in oncology* Retrieved from <https://www.nccn.org>
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 403-415.
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., & Galea, A. (2012). Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. London: The King's Fund and Centre for Mental Health.
- Neilson, K., Pollard, A., Boonzaier, A., Corry, J., Castle, D., Smith, D., . . . Couper, J. (2013). A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1843-1848.
- Neipp, M. C., López-Roig, S., & Pastor, M. Á. (2007). Control beliefs in cancer: A literature review. *Anuario de Psicología*, 38(3), 333-355.
- Nolan, S., Roberts, J., & Gotlib, I. (1998). Neuroticism and Ruminative Response Style as Predictors of Change in Depressive Symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). The Other End of the Continuum: The Costs of Rumination. *Psychological Inquiry*, 9(3), 216-219.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Styles Theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: nature, theory, and treatment* (pp. 107-123). The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Norman, D., & Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In R. Davidson, R. G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research and theory* (pp. 1-18). New York: Plenum Press.
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J., & Sacker, A. (2013). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a meta confirmatory factor analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 74-81.
- Norton, T. R., Manne, S. L., Rubin, S., Carlson, J., Hernandez, E., Edelson, M. I., . . . Bergman, C. (2004). Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(5), 919-926.
- O'Donnell, M. C., Fisher, R., Irvine, K., Rickard, M., & McConaghy, N. (2000). Emotional suppression: can it predict cancer outcome in women with suspicious screening mammograms? *Psychological Medicine*, 30(5), 1079-1088.
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013*: OECD Publishing.
- Páez, M., Luciano, C., Gutierrez-Martinez, O., Valdivia, S., Rodriguez-Valverde, M., & Ortega, J. (2008). Coping with pain in the motivational context of values: comparison between an acceptance-based and a cognitive control--based protocol. *Behavior Modification*, 32(3), 403-422.
- Páez, M., Luciano, C., & Gutierrez, O. (2005). La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 49-70.
- Páez, M., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.

- Palm, K. M., & Strong, D. R. (2007). Using item response theory to examine the White Bear Suppression Inventory. *Personality and Individual Differences, 42*(1), 87-98.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(2), 160-164.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy, 32*(1), 13-26.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 261-273.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2009). A Prospective Test of the Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *International Journal of Cognitive Therapy, 2*(2), 123-131.
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V., Rosenfeld, B., Theobald, D. E., & Edgerton, S. (1998). Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology, 16*(4), 1594-1600.
- Perez, J. E., Rex Smith, A., Norris, R. L., Canenguez, K. M., Tracey, E. F., & Decristofaro, S. B. (2011). Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: the mediating role of rumination and social support. *Journal of Behavioral Medicine, 34*(6), 519-530.
- Pérez Rodríguez, S. (2009). *Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo*. Universidad de Valencia, Valencia.
- Perez Rodríguez, S., Galdon, M. J., Andreu, Y., Ibanez, E., Dura, E., Conchado, A., & Cardena, E. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors, and mediation. *Journal of Traumatic Stress, 27*(2), 224-231.
- Peyre, H., Lepage, A., & Coste, J. (2011). Missing data methods for dealing with missing items in quality of life questionnaires. A comparison by simulation of personal mean score, full information maximum likelihood, multiple imputation, and hot deck techniques applied to the SF-36 in the French 2003 decennial health survey. *Quality of Life Research, 20*(2), 287-300.
- Philip, E. J., Merluzzi, T. V., Zhang, Z., & Heitzmann, C. A. (2013). Depression and cancer survivorship: importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psycho-Oncology, 22*(5), 987-994.
- Phillips, S. M., & McAuley, E. (2014). Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. *Psycho-Oncology, 23*(1), 27-34.

- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., McBride, C. M., & Baucom, D. (2008). Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: associations with symptoms and distress. *Pain, 137*(2), 306-315.
- Priede, A., Ruiz Torres, M., Hoyuela, F., Herrán, A., & González-Blanch, C. (2014). [El termómetro del estrés como prueba de cribado de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos recién diagnosticados]. *Psicooncología, 11*(1), 31-43.
- Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gasto, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology, 20*(7), 1907-1917.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(3), 216-221.
- Ranchor, A. V., Sanderman, R., Steptoe, A., Wardle, J., Miedema, I., & Ormel, J. (2002). Pre-morbid predictors of psychological adjustment to cancer. *Quality of Life Research, 11*(2), 101-113.
- Rassin, E. (2003). The White Bear Suppression Inventory (WBSI) focuses on failing suppression attempts. *European Journal of Personality, 17*(4), 285-298.
- Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine, 33*(7), 807-813.
- Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailon Munoz, E., & Medina, M. I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And), 6*(1), 10-18.
- Rinaldis, M., Pakenham, K. I., Lynch, B. M., & Aitken, J. F. (2009). Development, confirmation, and validation of a measure of coping with colorectal cancer: a longitudinal investigation. *Psycho-Oncology, 18*(6), 624-633.
- Rissanen, R., Arving, C., Ahlgren, J., Cernvall, M., & Nordin, K. (2014). Cognitive processing in relation to psychological distress in women with breast cancer: a theoretical approach. *Psycho-Oncology, 23*(2), 222-228.
- Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative Response Style and Vulnerability to Episodes of Dysphoria: Gender, Neuroticism, and Episode Duration. *Cognitive Therapy and Research, 22*(4), 401-423.
- Rodríguez-Vega, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., & Palao, Á. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología, 8*(1), 7-20.

- Román Calderón, J. P., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-MAC en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 531-544.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82(10), 1904-1908.
- Rothman, K. J. (1990). No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology*, 1(1), 43-46.
- Rottmann, N., Dalton, S. O., Christensen, J., Frederiksen, K., & Johansen, C. (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Quality of Life Research*, 19(6), 827-836.
- Schmidt, R. E., Gay, P., Courvoisier, D., Jermann, F., Ceschi, G., David, M., . . . Van der Linden, M. (2009). Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI): a review of previous findings and a new approach. *Journal of Personality Assessment*, 91(4), 323-330.
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? *British Journal of Health Psychology*, 13(3), 551-562.
- Schroevers, M., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2003). Depressive Symptoms in Cancer Patients Compared with People from the General Population: The Role of Sociodemographic and Medical Factors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(1), 1-26.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008, 28/04/2008). Self-Efficacy. *Health behavior constructs: theory, measurement and research*. Retrieved 03/11/2015, from <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/self-efficacy/index.html>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. Worry and Rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 671-688.
- Sellick, S. M., & Crooks, D. L. (1999). Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*, 8(4), 315-333.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.

- Sheppard, V. B., Harper, F. W., Davis, K., Hirpa, F., & Makambi, K. (2014). The importance of contextual factors and age in association with anxiety and depression in Black breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *23*(2), 143-150.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, *32*(6), 705-714.
- Shi, Q., Smith, T. G., Michonski, J. D., Stein, K. D., Kaw, C., & Cleeland, C. S. (2011). Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: a report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. *Cancer*, *117*(12), 2779-2790.
- Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review*, *84*(2), 127-190.
- Shrive, F. M., Stuart, H., Quan, H., & Ghali, W. A. (2006). Dealing with missing data in a multi-question depression scale: a comparison of imputation methods. *BMC Medical Research Methodology*, *6*, 57.
- Siegett, R., Patten, D., & Walkey, F. (1987). Development of a brief social support questionnaire. *New Zeal J Psychol*, *16*, 79-83.
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, *29*(2), 116-128.
- Sobin, L. H., Gospodarowicz, M. K., & Wittekind, C. (2010). *TNM classification of malignant tumors*. 7. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2014). *Las cifras del cáncer en España 2014*.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *51*(2), 100-113.
- Soo, H., & Sherman, K. A. (2015). Rumination, psychological distress and post-traumatic growth in women diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *24*(1), 70-79.
- Soo, H., Sherman, K. A., & Kangas, M. (2014). Assessing rumination in response to illness: the development and validation of the Multidimensional Rumination in Illness Scale (MRIS). *Journal of Behavioral Medicine*, *37*(4), 793-805.
- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer*, *116*(7), 1810-1819.
- Spiegel, D. (1991). Second thoughts on personality, stress, and disease. *Psychological Inquiry*, *2*(3), 266-268.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., . . . Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 875-882.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., . . . Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology, 20*(20), 4160-4168.
- Steiner, J. L., Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2014). Depressive rumination and cognitive processes associated with depression in breast cancer patients and their spouses. *Families, Systems, & Health: the journal of collaborative family healthcare, 32*(4), 378-388.
- Strain, J. J., & Friedman, M. J. (2011). Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 818-823.
- Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Rush, R., Cargill, A., Storey, D., . . . Sharpe, M. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *British Journal of Cancer, 96*(6), 868-874.
- Surtees, P. G. (1980). Social support, residual adversity and depressive outcome. *Social Psychiatry, 15*(2), 71-80.
- Szasz, P. L. (2009). Thought suppression, depressive rumination and depression: a mediation analysis. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 9*(2).
- Szasz, P. L. (2011). The role of irrational beliefs, brooding and reflective pondering in predicting distress. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 11*(1).
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology, 13*, 187-202.
- Teasdale, J. D., & Green, H. A. C. (2004). Ruminative self-focus and autobiographical memory. *Personality and Individual Differences, 36*(8), 1933-1943.
- Tecchio, C., Bonetto, C., Bertani, M., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Nichele, I., . . . Pizzolo, G. (2013). Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation. *Psycho-Oncology, 22*(8), 1790-1797.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys, 6*(3), 545-567.
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) review in Spanish Samples. *Anales de Psicología, 31*(2), 10.

- Thomsen, D., Jensen, A., Jensen, T., Mehlsen, M., Pedersen, C., & Zachariae, R. (2013). Rumination, Reflection and Distress: An 8-Month Prospective Study of Colon-Cancer Patients. *Cognitive Therapy and Research*, 37(6), 1262-1268.
- Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., & Wigal, J. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361.
- Tojal, C., & Costa, R. (2015). Depressive symptoms and mental adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(9), 1060-1065.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284-304.
- Trevino, K. M., Fasciano, K., Block, S., & Prigerson, H. G. (2013). Correlates of social support in young adults with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(2), 421-429.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Valdes-Stauber, J., Vietz, E., & Kilian, R. (2013). The impact of clinical conditions and social factors on the psychological distress of cancer patients: an explorative study at a consultation and liaison service in a rural general hospital. *BMC Psychiatry*, 13, 226.
- Van der Ploeg, H. M. (1991). What a wonderful world it would be: a reanalysis of some of the work of Grossarth-Maticek. *Psychological Inquiry*, 2(3), 280-285.
- Van Esch, L., Roukema, J. A., Ernst, M. F., Nieuwenhuijzen, G. A., & De Vries, J. (2012). Combined anxiety and depressive symptoms before diagnosis of breast cancer. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 895-901.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. In J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos* (pp. 21-34). Barcelona: Masson & Elsevier.
- Vodermaier, A., Linden, W., MacKenzie, R., Greig, D., & Marshall, C. (2011). Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *British Journal of Cancer*, 105(12), 1814-1817.
- Vodermaier, A., Linden, W., & Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(21), 1464-1488.
- Walker, J., Postma, K., McHugh, G. S., Rush, R., Coyle, B., Strong, V., & Sharpe, M. (2007). Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a

- screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 83-91.
- Wang, Y., Yi, J., He, J., Chen, G., Li, L., Yang, Y., & Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93-99.
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(2), 124-138.
- Waters, E. A., Liu, Y., Schootman, M., & Jeffe, D. B. (2013). Worry about cancer progression and low perceived social support: implications for quality of life among early-stage breast cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 45(1), 57-68.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(4), 299-305.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21(1), 51-57.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203-209.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, 354(9187), 1331-1336.
- Watson, M., Law, M. G., Santos, M. d., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. M. (1994). The Mini-MAC: Further Development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.
- Watson, M., Pettingale, K. W., & Greer, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(6), 467-474.
- Watson, M., Pruyn, J., Greer, S., & van den Borne, B. (1990). Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66(1), 39-48.
- Watts, S., Leydon, G., Birch, B., Prescott, P., Lai, L., Eardley, S., & Lewith, G. (2014). Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ Open*, 4(3), e003901.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34-52.

- Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*(6), 1093-1104.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, *62*(4), 616-640.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2007). Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*(1), 18-25.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(8), 871-878.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2007). Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, *33*(3), 291-300.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(11-12), 881-888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2004). Metacognitive therapy for depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Wenzlaff, R. M. (2004). Mental control and depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: nature, theory, and treatment* (pp. 59-78). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(6), 1559-1571.
- Wenzlaff, R. M., & Eisenberg, A. R. (2001). Mental control after dysphoria: Evidence of a suppressed, depressive bias. *Behavior Therapy*, *32*(1), 27-45.
- Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The Role of Thought Suppression in Depressive Rumination. *Cognitive Therapy and Research*, *27*(3), 293-308.
- Wenzlaff, R. M., Meier, J., & Salas, D. M. (2002). Thought suppression and memory biases during and after depressive moods. *Cognition and Emotion*, *16*(3), 403-422.

- Wenzlaff, R. M., & Rude, S. S. (2002). Cognitive vulnerability to depression: The role of thought suppression and attitude certainty. *Cognition and Emotion, 16*(4), 533-548.
- Wenzlaff, R. M., Rude, S. S., Taylor, C. J., Stultz, C. H., & Sweatt, R. A. (2001). Beneath the veil of thought suppression: Attentional bias and depression risk. *Cognition and Emotion, 15*(4), 435-452.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91.
- Whitaker, K. L., Brewin, C. R., & Watson, M. (2008). Intrusive cognitions and anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(5), 509-517.
- Whitaker, K. L., Watson, M., & Brewin, C. R. (2009). Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer patients. *Psycho-Oncology, 18*(11), 1147-1155.
- Wilson, B., Morris, B. A., & Chambers, S. (2014). A structural equation model of posttraumatic growth after prostate cancer. *Psycho-Oncology, 23*(11), 1212-1219.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2007). El trastorno de evitación experiencial. Evidencias de los efectos del control evitativo de los eventos privados. In K. G. Wilson & M. C. Luciano (Eds.), *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. (pp. 79-83). Madrid: Pirámide.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2007). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Yuen, N.-y. A. (2013). *The role of hope and rumination in childhood cancer adjustment*. The University of Hong Kong (Pokfulam, Hong Kong). Retrieved from <http://hub.hku.hk/handle/10722/209670>
- Zabora, J. R., Blanchard, C. G., Smith, E. D., Roberts, C. S., Glajchen, M., Sharp, J. W., . . . Hedlund, S. C. (1997). Prevalence of Psychological Distress Among Cancer Patients Across the Disease Continuum. *Journal of Psychosocial Oncology, 15*(2), 73-87.
- Zabora, J. R., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology, 10*(1), 19-28.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41.

Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 3-23). Washington, DC, US: American Psychological Association.

8 ANEXOS

Anexo 1. Criterios diagnósticos DSM-IV para el episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones

mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Anexo 2. Criterios diagnósticos DSM-IV para trastornos de ansiedad

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411]).

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

Criterios para el diagnóstico de F40.2 Fobia específica [300.29]

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
 - (3) Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 - (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 - (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 - (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al

intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

- (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
 - (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
 - (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
 - (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
 - (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
 - (7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
 - (2) irritabilidad o ataques de ira
 - (3) dificultades para concentrarse
 - (4) hipervigilancia
 - (5) respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:
- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
- Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más
- Especificar si:
- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - (1) inquietud o impaciencia
 - (2) fatigabilidad fácil
 - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - (4) irritabilidad
 - (5) tensión muscular
 - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Anexo 3. Criterios diagnósticos DSM-IV para trastornos adaptativos

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - (1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
 - (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F43.28 Con ansiedad [309.24]

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F43.9 No especificado [309.9]

Anexo 4. Hoja de información al paciente

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Factores cognitivos de riesgo para el desarrollo de ansiedad/depresión en población oncológica”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Fernando Hoyuela Zatón. Psicólogo Clínico.

CENTRO: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

INTRODUCCIÓN

Le invitamos a participar en este estudio de investigación, que ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Queremos proporcionarle información adecuada para que pueda valorar si quiere participar en el estudio. Para ello lea atentamente esta hoja informativa y luego podrá preguntar cualquier duda que le surja. Además puede consultar con cualquier persona que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar. En caso de que decida participar en el estudio puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico/psicólogo, y sin que se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio evalúa diferentes maneras en que las personas pensamos y sobre cómo afrontamos las dificultades, para relacionarlo con el malestar sufrido. Para ello le solicitamos que conteste a una serie de cuestionarios. Es posible que más adelante volvamos a contactar con usted para pedirle que conteste a tres cuestionarios breves.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Se espera mejorar el conocimiento científico sobre determinadas características de personalidad en pacientes con cáncer, y puede que otros pacientes se beneficien en el futuro de ello. Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo en su salud por su participación en este estudio.

No se contempla la posibilidad de riesgo alguno por participar en el presente estudio.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos de carácter personal se tratarán de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código de forma que no sea posible la identificación del paciente. Sólo el investigador y personas autorizadas relacionadas con el estudio tendrán acceso a dicho código. Sus datos no podrán ser relacionados con usted, incluso aunque los resultados del estudio sean publicados.

Anexo 5. Hoja de información al paciente o representante legal

Título del Estudio: “Factores cognitivos de riesgo para el desarrollo de ansiedad/depresión en población oncológica”

D./Dña. _____

(Nombre y apellidos del paciente en MAYÚSCULAS)

He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio arriba indicado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He realizado todas las preguntas que he precisado sobre el estudio.

He hablado con el Psicólogo Clínico, Amador Priede, con quien he clarificado las posibles dudas.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin dar explicaciones
- Sin que repercuta en mis cuidados médicos

Comprendo que la información personal que aporte será confidencial y no se mostrará a nadie sin mi consentimiento.

Comprendo que mi participación en el estudio implica autorizar el uso de los resultados de la entrevista y de los cuestionarios que cumplimentaré para fines científicos, así como a autorizar a los investigadores a contactar conmigo próximamente para realizar una nueva evaluación.

Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del investigador

Firma del paciente
(o representante legal)

Fecha

(la fecha debe estar cumplimentada de puño y letra por el paciente)

Anexo 6. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

(Zigmond y Snaith, 1983; Caro e Ibáñez, 1992)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.
Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuida como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuida como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Anexo 7. Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)

(Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Hervás, 2008)

Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor lee cada una de las frases a continuación y rodea con un círculo si *casi nunca*, *algunas veces*, *a menudo* o *casi siempre* piensas o actúas de esa manera cuando estás abatido, triste o deprimido.

Por favor, indica lo que *generalmente* haces, no lo que crees que deberías hacer.

1 = Casi nunca 2 = Algunas veces 3 = A menudo 4 = Casi siempre

1	Piensas en lo solo/a que te sientes	1	2	3	4
2	Piensas «No seré capaz de hacer mi trabajo/tarea si no soy capaz de quitarme esto de encima»	1	2	3	4
3	Piensas en tus sensaciones de fatiga y molestias	1	2	3	4
4	Piensas en lo duro que te resulta concentrarte	1	2	3	4
5	Piensas: «¿Qué he hecho yo para merecerme esto?»	1	2	3	4
6	Piensas en lo pasivo/a y desmotivado/a que te sientes	1	2	3	4
7	Analizas los sucesos recientes para entender porqué estás deprimido	1	2	3	4
8	Piensas acerca de cómo parece no sentir ya nada	1	2	3	4
9	Piensas «¿Por qué no puedo conseguir hacer las cosas?»	1	2	3	4
10	Piensas «¿Por qué siempre reacciono de esta forma?»	1	2	3	4
11	Te vas por ahí solo/a y piensas en por qué te sientes así	1	2	3	4
12	Escribes lo que estás pensando y lo analizas	1	2	3	4
13	Piensas acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera ido mejor	1	2	3	4
14	Piensas: «No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera»	1	2	3	4
15	Piensas «Por qué tengo problemas que el resto de las personas no tienen»	1	2	3	4
16	Piensas: «¿Por qué no puedo controlar las cosas mejor?»	1	2	3	4
17	Piensas en lo triste que te sientes	1	2	3	4
18	Piensas sobre todos tus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones	1	2	3	4
19	Piensas sobre cómo no te apetece hacer nada	1	2	3	4
20	Analizas tu forma de ser para intentar comprender por qué estás deprimido/a	1	2	3	4
21	Te vas solo/a a algún sitio para pensar sobre cómo te sientes	1	2	3	4
22	Piensas en cómo estás de irritado contigo mismo/a	1	2	3	4

Anexo 8. Inventario de Supresión de Pensamientos (WBSI)

(Wegner y Zanakos, 1994; Ibáñez et al., 1998)

Este cuestionario trata sobre los pensamientos. No hay respuestas correctas ni incorrectas, así que puede responder sinceramente a las siguientes cuestiones. Asegúrese de que responde a todos los ítems, rodeando la letra correspondiente.

A	B	C	D	E
Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Neutral (ni acuerdo, ni desacuerdo)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	Hay cosas en las que prefiero no pensar	A B C D E
2	Algunas veces me pregunto por qué tengo estos pensamientos	A B C D E
3	Tengo pensamientos que no puedo evitar	A B C D E
4	Hay imágenes que me vienen a la mente y que no puedo eliminar	A B C D E
5	Mis pensamientos frecuentemente vuelven sobre la misma idea	A B C D E
6	Me gustaría poder dejar de pensar en ciertas cosas	A B C D E
7	Algunas veces mi mente va tan rápido que desearía poder pararla	A B C D E
8	Siempre trato de quitarme los problemas de la mente	A B C D E
9	Hay pensamientos que me vienen una y otra vez a la cabeza	A B C D E
10	Hay cosas en las que trato de no pensar	A B C D E
11	Algunas veces me gustaría dejar de pensar	A B C D E
12	A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos	A B C D E
13	Tengo pensamientos que trato de evitar	A B C D E
14	Tengo muchos pensamientos que no cuento a nadie	A B C D E
15	Algunas veces me mantengo ocupado para evitar que me vengan pensamientos a la cabeza	A B C D E

Anexo 9. Courtauld Emotional Control Scale (CECS)

(Watson y Greer, 1983; Durá et al., 2010)

C.E.C.

A continuación aparecen algunas reacciones que tiene la gente ante ciertos sentimientos o emociones. Lea las frases de cada lista y ponga un círculo en el número apropiado de la columna, indicando hasta qué punto describe cada una el modo en que Vd. reacciona normalmente.

Por ejemplo, si Vd. cree que cuando se siente enfadado, casi nunca se queda callado, entonces pondría el círculo en el número 1; si esto le ocurre sólo a veces, pondría el círculo en el número 2; si le ocurre a menudo, pondría el círculo en el número 3; y si le ocurre casi siempre, pondría el círculo en el número 4.

Por favor, señale un número en cada reacción. Hágalo rápidamente y señale sólo un número en cada línea.

Cuando me siento muy enfadado	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me quedo callado	1	2	3	4
2. Rehusó discutir o decir nada	1	2	3	4
3. Me reprimo	1	2	3	4
4. Digo lo que siento	1	2	3	4
5. Evito hacer una escena	1	2	3	4
6. Controlo mis sentimientos	1	2	3	4
7. Oculto mi enfado	1	2	3	4

Cuando me siento infeliz o desgraciado	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
8. Rehusó hablar de ello	1	2	3	4
9. Oculto mi tristeza	1	2	3	4
10. Me hago el fuerte	1	2	3	4
11. Me quedo callado	1	2	3	4
12. Dejo que los demás vean cómo me siento	1	2	3	4
13. Controlo mis sentimientos	1	2	3	4
14. Me reprimo	1	2	3	4

Cuando estoy ansioso o preocupado	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
15. Dejo que los demás vean cómo me siento	1	2	3	4
16. Me quedo callado	1	2	3	4
17. Rehusó hablar de ello	1	2	3	4
18. Les cuento a los demás lo que me pasa	1	2	3	4
19. Digo lo que siento	1	2	3	4
20. Me reprimo	1	2	3	4
21. Controlo mis sentimientos	1	2	3	4

Por favor, compruebe que ha señalado sólo un número en cada línea y que ha contestado a todas las frases.
MUCHAS GRACIAS.

Anexo 10. MOS - Social Support Survey

(Sherbourne y Stewart, 1991; Revilla Ahumada et al., 2005)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo 11. Escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés (EAEAE)

(Godoy-Izquierdo et al., 2001)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo sueles responder ante los problemas o sobre cómo te afectan éstos. Señala con una cruz en la casilla correspondiente **tu grado de acuerdo** con cada una de estas frases.

		Completa mente en desacuerd o	Bastante en desacuerd o	Ni en desacuer do ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completa mente de acuerdo
1	Cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida me cuesta trabajo funcionar lo más normalmente posible.					
2	Cuando tengo problemas o contratiempos procuro que no afecten a mis emociones, relaciones u otras esferas de mi vida					
3	Cuando tengo problemas mi salud no se resiente notablemente					
4	Cuando tengo problemas o contrariedades dudo de mi capacidad para afrontarlos eficazmente.					
5	Soy capaz de no dramatizar los problemas y le doy su justo valor a las cosas					
6	Cuando tengo problemas o contratiempos mi cuerpo lo acusa notablemente y me noto activado o tenso.					
7	Para resolver un problema pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance					
8	Cuando tengo problemas o contrariedades no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas.					