

# Respuesta emocional y crecimiento post-traumático en pacientes con cáncer: el rol de los estilos de pensamiento

*(Emotional response and post-traumatic growth in cancer patients: the role of thought styles)*

Mariana Alejandra Sierra Murguía<sup>1</sup>

Ferrán Padrós Blázquez<sup>2</sup>

Gabriela Navarro Contreras

Martha Leticia Guevara Sanginés<sup>3</sup>

## Resumen

La experiencia del cáncer representa un estresor importante, ya que involucra un grupo de enfermedades debilitantes crónicas que implican un riesgo letal, y, a su vez, va acompañado de una serie de eventos aversivos (diagnóstico, tratamientos y sus efectos secundarios). Esta experiencia, además, se ha relacionado con una serie de respuestas emocionales, como depresión, ansiedad y distrés, pero también con crecimiento postraumático (CPT). El CPT refiere a cambios positivos generados después de un evento potencialmente traumático. Uno de los mediadores entre el diagnóstico de cáncer y la respuesta emocional es el estilo de pensamiento. Se describen tres estilos de pensamiento:

---

1 Cancer Center Tec100. Correo e.: <msierra@cancercentertec100.com>.

2 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

3 Universidad de Guanajuato.

rumiación, compromiso cognitivo y evitación. La *rumiación* se refiere a pensamientos intrusivos repetitivos que generan malestar emocional; el *compromiso cognitivo* alude a pensamientos enfocados en búsqueda de sentido y solución de problemas; y la *evitación* se refiere a los esfuerzos cognitivos por evitar el estímulo estresor, en este caso, pensamientos relacionados con el cáncer. Se propone la evaluación de los estilos de pensamiento en pacientes con cáncer y el diseño de intervenciones específicas dirigidas a la modificación del estilo de pensamiento.

**Palabras clave:** cáncer, psicooncología, rumiación, crecimiento postraumático, estilo de pensamiento.

## **Abstract**

Cancer experience represents an important stressor, it involves a debilitating chronic disease, with lethal risk and a plethora of aversive events (due to diagnosis and treatment). This experience has also been related to emotional responses such as depression, anxiety, and distress, but also, to post-traumatic growth (PTG). PTG refers to positive changes that occur after a potential traumatic event. One of the mediators between cancer diagnosis and emotional response is thought style. There are three thought styles describes in this paper: rumination, cognitive engagement, and avoidance. *Rumination* refers to intrusive and repetitive thoughts that relate to emotional distress; *cognitive engagement* are thoughts related to problem solving; and *avoidance* refers to cognitive efforts to avoid the stressor, in this case, cancer related thoughts. There is a proposal of a measurement instrument that identifies thought style related to cancer diagnosis with the aim of designing psychologic interventions that modify thought style.

**Keywords:** cancer, psico-oncology, rumination, post-traumatic growth, thought style.

## Antecedentes relacionados al cáncer

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al *cáncer* como «un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo [...] se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso llamado metástasis» (OMS, 2019). A su vez, la OMS señala al cáncer como la segunda causa de muerte a nivel mundial, siendo el causante de 8.8 millones de defunciones en el año 2015. El cáncer también genera un impacto económico importante, reportándose un costo de 1.16 billones de dólares en el 2010 (OMS, 2019).

Las estadísticas sobre el cáncer en México describen que 12 % de las muertes totales son a causa de este, siendo 33 mil muertes anuales para hombres y 38 mil para mujeres (OMS, 2019). La incidencia de cáncer en México reportada por la OMS se divide por sexos: en mujeres, el más frecuente es el cáncer de mama (20 444 nuevos casos al año y responsable del 15.8 % de las muertes totales por cáncer en nuestro país), seguido por el cervicouterino (13 960 nuevos casos, responsable del 12 % de muertes totales por cáncer); mientras que, para hombres, el más frecuente es el de próstata (14 016 nuevos casos al año, responsable del 17 % de las muertes totales de cáncer), seguido por el de pulmón (5 471 nuevos casos al año y responsable del 11 % de las muertes totales por cáncer) (OMS, 2019).

La experiencia del cáncer representa un estresor importante, ya que involucra un grupo de enfermedades debilitantes crónicas que implican un riesgo letal, y, a su vez, va acompañado de una serie de eventos aversivos (diagnóstico, tratamientos y sus efectos secundarios) (NCCN, 2020). El diagnóstico y tratamiento de cáncer presenta una serie de retos y dificultades para el paciente que conlleva, frecuentemente, malestar emocional (distrés), dificultades en el ajuste a la enfermedad y una disminución en las interacciones sociales (Grassi, Spiegel y Riba, 2017), incluso cambios en el funcionamiento diario, cambios en los roles sociales, familiares y laborales, además de la incertidumbre por la posibilidad de la recurrencia y la muerte (Fallowfield y Jenkins, 2015).

Debido a estos eventos, el cáncer tiene un impacto psicológico alto, en el cual el malestar emocional (distrés), la depresión, la ansiedad y el estrés post-traumático son los trastornos más estudiados y reportados en esta población;

se ha identificado una prevalencia de dichos trastornos de hasta 50 % en el primer año de diagnóstico, continuando 35 % hasta 5 años después del diagnóstico (Hopwood, Sumo, Mills, Haviland y Bliss, 2010). Debido al alto potencial traumático que puede suponer una enfermedad como el cáncer, además de producir altos niveles de distrés, también se ha relacionado con síntomas relacionados al estrés postraumático (Kangas, 2013; Kangas, Milross y Bryant, 2014). Oficialmente, en 1994, la American Psychological Association (APA), en el DSM IV, reconoció al cáncer como un estresor capaz de generar trastorno por estrés postraumático (TEPT) (APA, 1994).

El padecimiento de cáncer puede ser concebido y percibido como una experiencia potencialmente traumática debido a que se genera un mayor sentido de vulnerabilidad y mayor conciencia sobre la muerte, características que se sugiere deben estar presentes para que un evento pueda ser considerado traumático (Arnedo y Casellas-Grau, 2017). Específicamente, en relación al TEPT, la prevalencia reportada en pacientes con cáncer ha sido hasta del 22 % (Kangas, 2013). Actualmente, el DSM-5 (APA, 2014) clasifica estos trastornos en otro apartado, denominado «trastornos relacionados con traumas y factores de estrés», en donde se incluyen, entre otros, trastornos adaptativos, trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático, trastornos frecuentes en pacientes con cáncer (Kangas, 2013).

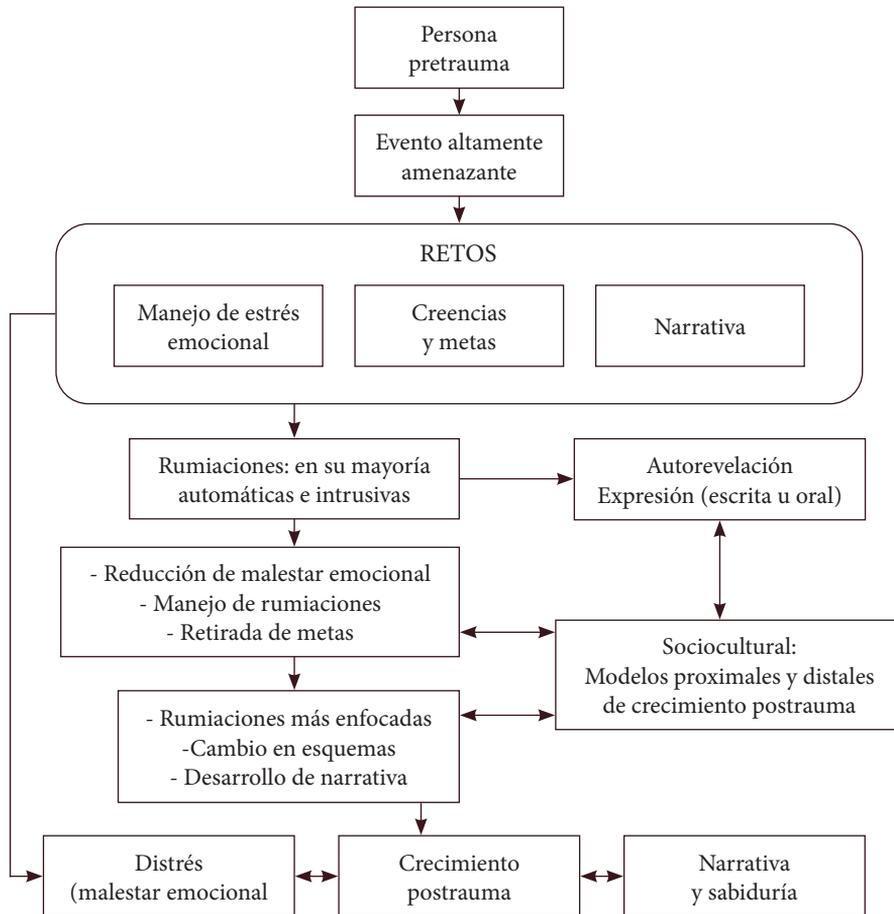
En el paciente con cáncer, los eventos de vida estresantes y el trauma han sido asociados con mayor riesgo de progresión de la enfermedad y con mayor mortalidad (Antoni y Dhabhar, 2019). Además del estrés postraumático, otros estudios han descrito, también, la presencia de cambios adaptativos positivos después de eventos potencialmente traumáticos como el cáncer (Morris y Shakespeare-Finch, 2010). Uno de estos cambios es denominado «crecimiento postraumático», y se refiere a la percepción de cambios positivos ocurridos después de una situación potencialmente traumática (Calhoun y Tedeschi, 2006). La idea sobre cambios psicológicos –ya sea positivos o negativos– después de eventos adversos o altamente estresantes es algo que se ha discutido en la psicología desde mediados del siglo 20, con trabajos de Frankl (1963) y Maslow (1954); sin embargo, la atención sistemática relacionada a cambios positivos asociados a un trauma es algo que se ha estudiado de manera más reciente con autores como Calhoun y Tedeschi (2006).

La definición del *crecimiento postraumático* es la percepción de cambios positivos ocurridos ante una situación potencialmente traumática, y tiene cinco componentes:

- a. *Cambios en la percepción de uno mismo*: la amenaza que ha enfrentado la persona produce cambios cognitivos, incluyendo cambios en la auto-percepción. De inicio, se incrementa un sentido de vulnerabilidad, por la amenaza vivida, sin embargo, la persona aprende que es capaz de enfrentar esa y otras amenazas.
- b. *Nuevas posibilidades*: emergen nuevas posibilidades, nuevos intereses, actividades, y nuevos valores de vida.
- c. *Relación con otros*: cambios significativos en las relaciones sociales (positivos o negativos). Después de un evento traumático, la persona puede modificar la percepción que tiene de otros seres humanos. Puede incrementarse el vínculo afectivo, particularmente mayor compasión por el sufrimiento de otros (Calhoun y Tedeschi, 2006).
- d. *Cambios en la apreciación de la vida*: se modifican los valores y prioridades de vida. Una mayor apreciación por la vida y por lo que se tiene, además de que las prioridades son elementos centrales en las personas que experimentan crecimiento postrauma.
- e. *Espiritualidad*: más que religiosidad, se refiere a la confrontación con aspectos existenciales sobre el propósito y sentido de vida y trascendencia.

Calhoun y Tedeschi (2006) describieron un modelo explicativo sobre cómo ocurre el crecimiento postraumático. Mencionan elementos clave, que son características personales y de la situación traumática, capacidad de afrontar el estrés, rumiación de pensamiento, influencias socioculturales próximas, desarrollo narrativo y experiencias de vida. En la figura 1 aparece esquematizado el modelo (Calhoun y Tedeschi, 2006). Dentro de las respuestas emocionales que se han incluido se podría describir un continuo que va desde respuestas de adaptación y emociones acordes a las situaciones presentadas –incluyendo crecimiento postraumático– hasta trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor.

Figura 1. Modelo de crecimiento postraumático.



Fuente: Calhoun y Tedeschi (2006).

La adaptación al estrés de un diagnóstico oncológico incluye dos procesos fundamentales: uno automático e involuntario, y otro controlado, estratégico y voluntario. La respuesta involuntaria incluye conductas, emociones, cogniciones y respuestas fisiológicas que ocurren rápida y automáticamente; un ejemplo de esto son los pensamientos negativos intrusivos que pueden presentar los pacientes con cáncer (rumiación) (Morris y Shakespeare-Finch, 2010). Por

su parte, la respuesta controlada y voluntaria es el afrontamiento, es decir, los esfuerzos para regular y manejar las fuentes de estrés y las respuestas que se presentan ante el mismo (Glinder, Beckjord, Kaiser y Compas, 2007). Como ejemplo de esta respuesta, se puede incluir el compromiso cognitivo, es decir, los pensamientos sobre el problema orientados a su solución o búsqueda de sentido.

Ambas respuestas pueden ser clasificadas en involucramiento o no involucramiento con la fuente de estrés y las respuestas emocionales. El involucramiento incluye la orientación hacia la fuente del estrés y a la respuesta emocional mediante la atención y el procesamiento de información relevante a la amenaza percibida, así como los intentos para regular la respuesta al estrés (pensamientos, emociones, conductas y fisiología) y la generación de planes de acción para afrontar el estresor. Algunas estrategias de afrontamiento pueden ser: solución de problemas, expresión emocional y estrategias cognitivas que incluyen el cambio en la percepción y se asocian al desarrollo de crecimiento postraumático. La respuesta de no involucramiento (evitación) se caracteriza por una orientación alejada de la fuente de estrés y de las emociones presentadas; por ejemplo, evitación cognitiva y conductual, supresión de emociones y pensamientos displacenteros y negación (Glinder *et al.*, 2007). Generalmente, las respuestas que incluyen involucramiento han mostrado ser más adaptativas, mientras que las automáticas tienden a ser desadaptativas.

La propuesta del presente escrito es clasificar la respuesta cognitiva inicial en estilos de pensamiento: rumiación, evitación y compromiso cognitivo. Se proponen como mediadores para la respuesta emocional al diagnóstico de cáncer.

## **Estilos de pensamiento**

### **Rumiación**

En literatura más reciente se ha examinado como un estilo de pensamiento que se presenta en contextos patológicos, pero también en contextos normativos (DuPre y Spreng, 2017), y que el contenido específico de las mismas puede predecir el ajuste a un estresor (Segerstrom, Stanton, Alden y Shortridge, 2003).

La rumiación ha sido reconocida como un proceso transdiagnóstico que se presenta en diferentes trastornos emocionales (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011) y juega un papel causal en el desarrollo de memorias intrusivas (Fawcett *et al.*, 2015). Existen diferentes modelos que hablan sobre la rumiación; una de las teorías más citadas es la llamada «teoría de los estilos de respuesta» (Nolen-Hoeksema, 1991), esta define *rumiación* como una estrategia de afrontamiento cognitivo, caracterizado por pensamientos de manera repetida e intrusiva sobre las causas, consecuencias y síntomas de un afecto negativo (Nolen-Hoeksema, 1991). Se ha descrito que este estilo de pensamiento puede ser contraproducente y se ha asociado a un incremento en el malestar emocional (Brosschot, Gerin, y Thayer, 2006). La rumiación también ha sido descrita como un tipo de regulación emocional cognitiva y se pueden incluir diferentes estrategias, como aceptación, evaluación cognitiva, entre otras (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001). La rumiación relacionada al cáncer se ha asociado a una respuesta tardía a los síntomas de cáncer de mama, apoyando la teoría de que los individuos con tendencia a la rumiación evitan lidiar con asuntos que son amenazantes desde el aspecto emocional (Lyubomirsky, Kasri, Chang y Chung, 2006).

### *Estabilidad de la rumiación*

La estabilidad de esta respuesta cognitiva se refiere a la propensión de un individuo a responder con respuestas rumiativas al enfrentarse a un estresor, no a la propensión a rumiar de manera constante. Se ha hecho la diferenciación entre rumiación como estado y rumiación como rasgo (DuPre y Spreng, 2017). La rumiación como estado es un estilo de pensamiento que se ha asociado a estados afectivos específicos y a déficits en habilidades cognitivas, así como déficit para modificar las tareas realizándose mientras esta se presenta. (Northoff y Sibille, 2014); el contenido generalmente es asociado al evento traumático (Graebener, Michael, Holz y Lass-Hennemann, 2017), y cuando esta se presenta posterior a un estresor, predice de manera negativa la recuperación emocional (DuPre y Spreng, 2017; LeMoult, Arditte, D'Avanzato y Joormann, 2013). La rumiación como rasgo se ha descrito como la tendencia a responder con pensamientos rumiativos ante situaciones de estrés, y es una respuesta estable, a diferencia de la rumiación como estado (Carnevali, Thayer, Brosschot y Ottaviani, 2018).

Específicamente en el contexto oncológico, existe un concepto relacionado a la rumiación, y es la *incertidumbre por la enfermedad*, que ha sido descrita como un fenómeno frecuente en estos pacientes. Dentro del contenido de las rumiaciones pueden incluirse, entonces, temas relacionados a esta incertidumbre, como la ambigüedad e impredecibilidad del curso o pronóstico de la enfermedad, temas relacionados a la complejidad de los tratamientos y a la falta de información relacionada al tratamiento y a la enfermedad (Reis, Antoni y Travado, 2020).

Debido a las diferencias en la interpretación de la palabra «rumiación», se ha hecho énfasis en los diferentes propósitos que puede tener, además de que debe ser diferenciada según ellos, y distinguiendo pensamientos repetitivos benéficos versus dañinos (Smith y Alloy, 2009). En este sentido, Calhoun y Tedeschi (2006) sugieren, también, el término «compromiso cognitivo», haciendo énfasis en que, al utilizar la palabra rumiación, no se refieran a pensamientos repetidos e intrusivos que generan malestar, sino a pensamientos enfocados en el evento, dedicados a una reestructura.

## Compromiso cognitivo

Al presentarse después de un evento potencialmente traumático, este tipo de pensamientos se han asociado a encontrar el sentido de este evento o al crecimiento por la experiencia; asimismo, que este es benéfico cuando es breve y/o controlable y cuando es verbalizado o compartido con otras personas en lugar de ser procesado en aislamiento (Segerstrom *et al.*, 2003).

En el presente trabajo se utilizará el término «compromiso cognitivo» al referirse a los pensamientos que tienen, como objetivo, la búsqueda de sentido, solución y reestructuración del evento (los pensamientos no intrusivos y los que son fundamentalmente voluntarios).

Una de las formas en la que los pensamientos repetitivos pueden ser adaptativos es mediante el procesamiento emocional y la reflexión. El *procesamiento* se refiere a los pensamientos repetitivos que siguen de las experiencias potencialmente traumáticas o emociones negativas; sin embargo, se hace una diferenciación entre preocupación y pensamientos resolutivos. Se ha descrito que las preocupaciones y las intrusiones son una primera etapa para la aceptación y acomodación, seguida por pensamientos resolutivos que se caracterizan por

la contemplación enfocada a la modificación de esquemas o reinterpretaciones positivas (Segerstrom *et al.*, 2003).

El grado de CPT se ha correlacionado al compromiso cognitivo, ya que este proceso permite reestructurar las creencias sobre sí mismo y el mundo, además de encontrar un sentido al evento que se está viviendo. Dentro de los primeros objetivos del compromiso cognitivo –según el mismo modelo– está lograr una comprensión del fenómeno; al lograrlo, se incrementan las posibilidades de afrontamiento y se llega a la conclusión de que la persona cuenta con recursos suficientes para lidiar con ello. Estos dos primeros aspectos del compromiso cognitivo con el trauma son acordes a la evaluación primaria (evaluar un suceso como amenazante) y secundaria (evaluar los recursos personales para su afrontamiento), propuestas por Lazarus y Folkman (Lazarus, 1993).

## Evitación

La *evitación cognitiva* se refiere a las conductas que se realizan con el objetivo de evitar la exposición a pensamientos que generan malestar emocional. Este concepto es similar al de «evitación experiencial» (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996), el cual definen como «fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares e intenta alterar la forma o frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona» (p. 1156). Es desadaptativo a mediano y largo plazo, ya que no permite que la persona enfrente la situación amenazante, ni el procesamiento emocional, ni la solución de problemas, ni la búsqueda de sentido; sin embargo, se mantiene debido a la consecuencia inmediata (reducción de la ansiedad) (Rauch y Foa, 2006). La evitación cognitiva no posibilita que se dé un afrontamiento adaptativo a una experiencia estresante y se asocia a un incremento de síntomas físicos asociados al tratamiento en pacientes con cáncer (Bauer, Wiley, Weihs y Stanton, 2017).

En la siguiente tabla se muestra una comparativa de los aspectos más relevantes de los estilos de pensamiento en pacientes oncológicos.

Tabla 1. Comparativa de estilos de pensamiento en pacientes oncológicos.

	<i>Rumiación</i>	<i>Evitación</i>	<i>Compromiso cognitivo</i>
Relación con la respuesta emocional.	Se relaciona con malestar emocional, ansiedad y depresión. Genera malestar inmediato y no permite un afrontamiento adaptativo.	A nivel inmediato se relaciona con disminución del malestar emocional, sin embargo, a mediano y largo plazo no permite el procesamiento emocional o un afrontamiento adaptativo.	A nivel inmediato puede relacionarse con malestar emocional, ya que implica pensar en el estresor (primera fase para una reinterpretación del evento potencialmente traumático). Sin embargo, permite que se dé una respuesta de crecimiento postraumático.
Relación con la adaptación a la enfermedad.	Desadaptativo a corto y mediano plazo, no permite solución de problemas, búsqueda de sentido o un afrontamiento efectivo a la enfermedad ni al tratamiento.	Puede considerarse adaptativo a corto plazo, pues no se presentan respuestas emocionales intensas, permitiendo a la persona enfrentar la enfermedad y tratamiento. Si la persona mantiene una respuesta de evitación a tal grado de no enfrentar el diagnóstico, tratamiento o toma de decisiones relacionadas, es desadaptativo. No se considera una respuesta adaptativa a mediano o largo plazo, debido a que no permite la solución de problemas ni el procesamiento emocional.	A pesar del malestar emocional inicial con el que puede asociarse, permite un procesamiento emocional, una reinterpretación del evento traumático y un enfoque en solución de problemas. Se asocia a mejor adaptación.

	<i>Rumiación</i>	<i>Evitación</i>	<i>Compromiso cognitivo</i>
Ejemplos en pacientes con cáncer	Pensamientos repetitivos del tipo «por qué me pasa esto a mí», «qué tal que no funciona el tratamiento», «debí haberme checado antes», etcétera.	Pensamientos del tipo «hago todo lo posible por no pensar en la enfermedad o el tratamiento». Intentos de pensar excesivamente «positivo», evitando pensar en las preocupaciones o afrontar el problema.	Pensamientos del tipo «valoró más otras cosas que antes no notaba», «me he reunido más con mis seres queridos», «haré todo lo posible por salir de esto», etcétera.

## Evaluación de los estilos del pensamiento frente al cáncer

Para la evaluación del estilo de pensamiento en pacientes con cáncer se ha diseñado un instrumento recientemente denominado Inventario de Estilos de Pensamiento Relacionados al Cáncer (IEPRAC) (Sierra-Murguía *et al.*, 2021) que tiene como objetivo identificar el estilo de pensamiento asociado al diagnóstico oncológico. La versión final del IEPRAC consta de 15 ítems, con la intención de que sea un instrumento rápido de utilizar y con el que se busca evitar la fatiga por el tipo de población al que va dirigido (adultos con cáncer). La estructura interna del IEPRAC consta de tres factores que se obtuvieron mediante un análisis factorial exploratorio, y se corroboró con un análisis factorial confirmatorio. En cuanto a consistencia interna, se obtuvo un Alpha de Cronbach para la subescala de rumiación de 0.87, para compromiso cognitivo de 0.82, y para evitación de 0.72. Todos los ítems mostraron evidencia para validez de contenido, así como adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizado en población oncológica mexicana.

## Propuesta

La identificación de los estilos de pensamiento relacionados al cáncer puede permitir al psicólogo enfocar su intervención en el estilo de pensamiento (que ha sido descrito como mediador para la respuesta emocional), lograr una respuesta emocional más adaptativa y promover crecimiento postraumático en pacientes con cáncer. Es por ello que se sugiere, como futura línea de investigación, el diseño de intervenciones psicológicas que busquen modificar los es-

tilos de pensamiento para estudiar el efecto en la respuesta emocional al cáncer y promover mayor adaptación a la enfermedad y a los tratamientos.

Además de la psicopatología presentada en estos pacientes, se presentan otros fenómenos que son relevantes, pero que no son catalogados como trastornos psicológicos, como desmoralización, ansiedad por la salud, pérdida de sentido o crisis existenciales (Caruso y Breitbart, 2020). Es probable que el estilo de pensamiento también funcione como mediador para estas respuestas, por lo que se sugiere incluirlo como futura línea de investigación, al igual que el diseño de estrategias de intervención enfocadas en el estilo de pensamiento, para así ver el resultado en estas condiciones particulares del estado emocional de la población oncológica.

## Referencias

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Kim, R. S., y Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime History of Axis I Psychopathology in Individuals at High and Low Cognitive Risk for Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 403-418.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- Andersen, B. L., Goyal, N. G., Westbrook, T. D., Bishop, B., y Carson, W. E. (2017). Trajectories of stress, depressive symptoms, and immunity in cancer survivors: Diagnosis to 5 years. *Clinical Cancer Research*, 23(1), 52-61. <<https://doi.org/10.1158/1078-0432.ccr-16-0574>>.
- Antoni, M. H., y Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 125(9), 1417-1431. <<https://doi.org/10.1002/cncr.31943>>.
- Arnedo, C. O., y Casellas-Grau, Y. A. (2017). Positive life change after cancer: The key ingredients to facilitate it and effects on well-being. *Papeles Del Psicólogo*, 38(1), 1-11. <<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2815>>.

- Bardwell, W. A., y Fiorentino, L. (2012). Risk factors for depression in breast cancer survivors: An update. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 311-331.
- Bauer, M. R., Wiley, J. F., Weihs, K. L., y Stanton, A. L. (2017). Stuck in the spin cycle: Avoidance and intrusions following breast cancer diagnosis. *British Journal of Health Psychology*, 22(3), 609-626. <<https://doi.org/10.1111/bjhp.12252>>.
- Morris, B. A., y Shakespeare-Finch, J. (2010). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1176-1183.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., y Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. In *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124. <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074>>.
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Carnevali, L., Thayer, J. F., Brosschot, J. F., y Ottaviani, C. (2018). Heart rate variability mediates the link between rumination and depressive symptoms: A longitudinal study. *International Journal of Psychophysiology*, 131, 131-138. <<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.11.002>>.
- Caruso, R., y Breitbart, W. (2020). Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. <<https://doi.org/10.1017/S2045796019000866>>.
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L., y Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 404-425. <[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7503\\_04](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7503_04)>.
- DuPre, E., y Spreng, R. N. (2017). Spontaneous thought gets stuck with rumination. En Fox, K., y Christoff, K. (Eds.), *The Oxford Handbook of Spontaneous Thought: Mind-wandering, Creativity, Dreaming, and Clinical Conditions* (pp. 509-520). Oxford: Oxford University Press. Recuperado de <<https://www.researchgate.net/publication/312448333>>.
- Fallowfield, L., y Jenkins, V. (2015). Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: Are we doing better? *Journal of the National Cancer Institute*, 107(1), 1-5. <<https://doi.org/10.1093/jnci/dju335>>.

- Fawcett, J. M., Benoit, R. G., Gagnepain, P., Salman, A., Bartholdy, S., Bradley, C., Anderson, M. C. (2015). The origins of repetitive thought in rumination: Separating cognitive style from deficits in inhibitory control over memory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 1-8. <<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.10.009>>.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. Nueva York: Washington Square Press.
- Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. <[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)>.
- Gliner, J. G., Beckjord, E., Kaiser, C. R., y Compas, B. E. (2007). Psychological adjustment to breast cancer: Automatic and controlled responses to stress. *Psychology and Health*, 22(3), 337-359. <<https://doi.org/10.1080/14768320600843168>>.
- Graebener, A. H., Michael, T., Holz, E., y Lass-Hennemann, J. (2017). Repeated cortisol administration does not reduce intrusive memories – A double blind placebo controlled experimental study. *European Neuropsychopharmacology*, 27(11), 1132-1143. <<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.09.001>>.
- Grassi, L., Spiegel, D., y Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000Research*, 6(0). <<https://doi.org/10.12688/f1000research.11902.1>>.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D. R., Watson, M., Robertson, B. M., Mason, A., Hospital, R. M. (1992). Adjuvant psychological therapy for patients with prospective randomised trial. *BMJ Clinical Research*, 304(6828), 675-80.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>>.
- Hopwood, P., Sumo, G., Mills, J., Haviland, J., y Bliss, J. M. (2010). The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer: Results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START). *Breast*, 19(2), 84-91. <<https://doi.org/10.1016/j.breast.2009.11.007>>.

- Kangas, M. (2013). DSM-5 trauma and stress-related disorders: Implications for screening for cancer-related stress. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 2-4. <<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00122>>.
- Kangas, M., Milross, C., y Bryant, R. A. (2014). A brief, early cognitive-behavioral program for cancer-related PTSD, anxiety, and comorbid depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 416-431. <<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.002>>.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8346332>>.
- LeMoult, J., Arditte, K. A., D'Avanzato, C., y Joormann, J. (2013). State Rumination: Associations with Emotional Stress Reactivity and Attention Biases. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 471-484. <<https://doi.org/10.5127/jep.029112>>.
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., Chang, O., y Chung, I. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. In *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(3), 276-304.
- Maslow, A. H. (1954). The instinctoid nature of basic needs. *Journal of Personality*, 22, 326-347.
- Matthews, G. (1994). Self-consciousness and Cognitive Failures as Predictors of Coping in Stressful Episodes. *Cognition and Emotion*, 8(3), 279-295. <<https://doi.org/10.1080/02699939408408942>>.
- McLaughlin, K. A., y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193. <<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>>.
- NCCN. (2020). *Distress management. National Comprehensive Cancer Network Guidelines. Version 2*. Recuperado de <<https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0009>>.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. <<https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>>.
- Northoff, G., y Sibille, E. (2014). Why are cortical GABA neurons relevant to internal focus in depression? A cross-level model linking cellular, biochemical and neural network findings. *Molecular Psychiatry*, 19(9), 966-977. <<https://doi.org/10.1038/mp.2014.68>>.

- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., y Font, A. (2017). Positive Psychotherapy for Distressed Cancer Survivors: Posttraumatic Growth Facilitation Reduces Posttraumatic Stress. *Health Psychology, 17*(1), 28-37. <<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Nota Descriptiva sobre el Cáncer*. Recuperada de <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>>.
- Rauch, S., y Foa, E. (2006). Emotional processing theory (ept) and exposure therapy for ptsd. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36*(2), 61-65. <<https://doi.org/10.1007/s10879-006-9008-y>>.
- Reis, J. C., Antoni, M. H., y Travado, L. (2020). Emotional distress, brain functioning, and biobehavioral processes in cancer patients: A neuroimaging review and future directions. *CNS Spectrums, 25*(1), 79-100. <<https://doi.org/10.1017/S1092852918001621>>.
- Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E., y Shortridge, B. E. (2003). A Multidimensional Structure for Repetitive Thought: What's on Your Mind, and How, and How Much? *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(5), 909-921. <<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.5.909>>.
- Sierra-Murguía, M. A., González-Alcocer, L., Navarro-Contreras, G., Guevara-Sanginés, M. L., y Padrós-Blázquez, F. (2021). Design and psychometric properties analysis of the thought style in response to cancer inventory (Ieprac). *Psicooncología, 18*(1), 77-90. <<https://doi.org/10.5209/psic.74533>>.
- Smith, J. M., y 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. <[https://doi.org/10.1007/978-3-662-55771-6\\_300372](https://doi.org/10.1007/978-3-662-55771-6_300372)>.

