

Significados dados al cáncer y su relación con respuestas psicológicas de duelo en personas tratadas por cáncer

J. Moral de la Rubia y M. Miaja

José Moral de la Rubia es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, profesor e investigador en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Melina Miaja Ávila también es investigadora en la misma Universidad.

Introducción

El *duelo* se refiere a una reacción que se desencadena ante cualquier tipo de pérdida (relacional, intrapersonal, material y evolutiva), se manifiesta en respuestas afectivas, cognitivas y conductuales e incluye componentes biopsicosociales; su intensidad y duración está relacionada con la valoración o significado dado a la pérdida (Tizón, 2004). Diversos autores humanistas han desarrollado modelos evolutivos de fases y tareas de duelo, en los cuales el proceso de duelo es considerado como una experiencia individual que cada persona vive de una manera diferente, pero este proceso también comparte aspectos comunes de unas personas a otras (Payás, 2010). Los modelos dinámicos de duelo señalan que las personas ante una pérdida significativa presentan diversas reacciones emocionales adaptativas que se dan de forma secuenciada, es decir, por fases o etapas, en las cuales el tiempo transcurrido desde la pérdida juega un papel importante (Kübler-Ross, 2005; Tizón, 2004; Worden, 2010). Además, se han vinculado las fases de duelo con tareas psicológicas que facilitan su elaboración (Tizón, 2004; Worden, 2010). El percibir el duelo en función del cumplimiento de ciertas tareas (trabajo de duelo), hace hincapié en que la persona es un agente de adaptación ante la pérdida (Tizón, 2004).

El modelo evolutivo de duelo más conocido es el de Kübler-Ross. La autora señalaba que las personas que se encuentran ante una pérdida significativa transitan por cinco fases: negación, ira, negociación/pacto,

depresión y aceptación (Kübler-Ross, 2005). Moral y Miaja (en prensa) contrastaron el modelo de Kübler-Ross y no hallaron una secuencia lineal de las cinco fases de duelo, por lo que propusieron que las fases fueran denominadas respuestas psicológicas de duelo. Partiendo de ese primer estudio Miaja y Moral (en prensa) plantearon un modelo de 6 factores correlacionados: negación, ira, promesas/negociación con un Ser supremo, fe/esperanza en la recuperación, depresión y aceptación.

Desde una perspectiva cognitiva, el significado que la persona le otorgue a la situación adversa representa uno de los factores que más influyen en la adaptación. En este sentido, el cáncer suele ser considerado como una enfermedad catastrófica porque involucra pérdidas significativas y acarrea sufrimiento, aislamiento y dolor, por lo que se requiere la elaboración de un duelo (Giraldo, 2009).

En mujeres adultas colombianas sin cáncer, Giraldo (2009) estudió el significado del cáncer, y encontró que la palabra cáncer se asocia principalmente con muerte, terror, sufrimiento, incurabilidad, impotencia y dolor. Asimismo, en mujeres griegas con y sin cáncer, Anagnostopoulos y Spanea (2005) compararon la manera de percibir el cáncer mediante un cuestionario de percepción de la enfermedad y encontraron que las mujeres sin cáncer tenían una representación más negativa y fatalista de la enfermedad. Por su parte, en estudios realizados en México y Brasil con personas con cáncer encontraron que el cáncer también se percibe como una enfermedad terrible, incurable, y que interfiere con las relaciones interpersonales y el proyecto de vida, lo cual provoca reacciones emocionales negativas como la depresión (Cantú y Álvarez, 2009; Nogueira, Ruas, Barbosa, Soares, y Greyce, 2013).

Basándose en las categorías de Lipowski para la percepción de la enfermedad (reto, estrategia, valor, liberación, enemigo, castigo, debilidad y pérdida), Degner, Hack, O'Neil y Kristjanson (2003), en una muestra clínica canadiense, hallaron que la mayoría de las personas con cáncer percibían su enfermedad como un desafío o valor con independencia del tiempo transcurrido desde el diagnóstico. Además, hallaron que las personas que percibían su enfermedad como un enemigo, castigo o pérdida reportaban mayores niveles de depresión y ansiedad y menor calidad de vida en comparación con las personas que percibían la enfermedad de manera más positiva. Unos resultados similares fueron hallados por Karakaş y Okanlı (2014) en una muestra clínica en Turquía. La percepción positiva del cáncer incrementó la calidad de vida y redujo la sintomatología depresiva y ansiosa.

El modelo cognitivo señala la importancia del significado otorgado a los eventos de pérdidas para explicar su impacto emocional y el comportamiento de las personas (Tizón, 2004). Desde este modelo se han estudiado los significados dados al cáncer por personas que lo padecen. Aunque el modelo de las etapas de duelo de Kübler-Ross es uno de los más completos y citados, ninguna de las investigaciones sobre el signifi-

cado o representación del cáncer ha estudiado la relación de los significados con todas las etapas o respuestas psicológicas de dicho modelo. Hay estudios conducidos en población general o personas sanas que asocian el cáncer con significados negativos (Anagnostopoulos y Spanea, 2005; Cristobal, 2007; Giraldo, 2009; Insa, Monleón, y Espallargas, 2010). En contraposición, hay otros estudios realizados con muestras clínicas en los cuales los significados asociados son positivos (Anagnostopoulos y Spanea, 2005; Degner et al., 2003; Karakaş y Okanli, 2014). No obstante, ningún estudio compara el cambio en el significado del cáncer entre los momentos antes y después de su diagnóstico.

Considerando estos vacíos en la investigación revisada, los objetivos del presente estudio son: 1) describir los significados dados al cáncer por una muestra de personas tratadas por cáncer antes del diagnóstico (datos retrospectivos o de recuerdo) y en el momento de la aplicación del cuestionario, 2) comparar las frecuencias con las que aparecen los significados dados antes del diagnóstico del cáncer y durante el tratamiento oncológico, 3) describir las modalidades de cambio en el significado dado al cáncer entre los dos momentos de tiempo considerados y 4) estudiar la relación de los significados dados al cáncer antes del diagnóstico y durante el tratamiento y el cambio en el significado entre estos dos momentos con las respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud.

En correspondencia con los objetivos formulados se espera: 1) predominio de significados negativos antes del diagnóstico y predominio de significados positivos durante el tratamiento, 2) diferencia significativa en las tendencias opuestas entre ambos momentos, 3) predominio del cambio de un significado negativo hacia un significado positivo entre ambos momentos, y 4) asociación de los significados positivos durante el tratamiento y el cambio de lo negativo a lo positivo con menor afecto negativo y mayor aceptación de la enfermedad.

Método

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: tener una enfermedad oncológica diagnosticada, recibir tratamiento oncológico, tener al menos 15 años de edad, saber leer y escribir y firmar el consentimiento informado. El criterio de exclusión fue tener fatiga excesiva que dificultase la concentración. Se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional. Quedó integrada por 145 participantes (120 mujeres y 25 hombres). Se extrajo de siete lugares diferentes: 95 de los 145 participantes (66%) fueron encuestados en tres albergues, 44 (30%) en dos clínicas y 6 (4%) en dos grupos de autoayuda de Monterrey, México.

La media de edad fue 50.85 años ($DE = 14.94$) con una mínima de 15 años y una máxima de 78. Con respecto al estado civil, 92 de las 145

participantes (63%) dijeron estar casados, 28 (19%) solteros, 10 (7%) viudos, 8 (6%) separados/divorciados y 7 (5%) en unión libre. La escolaridad varió de saber leer y escribir a estudios de posgrado terminados. La mediana de escolaridad correspondió a estudios medios superiores sin terminar. La mediana de ingreso económico familiar al mes correspondió al intervalo de 6,000 a 11,999 pesos mexicanos (entre 500 y 1,000 dólares estadounidenses). Con respecto a la adscripción religiosa, 110 de los 145 participantes (76%) indicaron ser católicos, 24 (17%) ser cristianos, 8 (5%) pertenecer a otra religión distinta de la católica o cristiana y 3 (2%) a ninguna religión. Con respecto a la convicción religiosa, 69 de los 145 participantes (48%) dijeron creer totalmente, 43 (30%) bastante, 22 (15%) algo, 8 (5%) poco y 3 (2%) no creen en ninguna religión. Con respecto a la frecuencia de asistencia a los servicios religiosos, 31 de los 145 participantes (22%) indicaron asistir con mucha frecuencia, 76 (52%) con frecuencia, 23 (16%) en raras ocasiones aparte de eventos especiales y 15 (10%) sólo a eventos especiales. La media del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer fue de 1.67 años ($DE = 2.26$). Con respecto al tratamiento oncológico, 72 de los 145 participantes (50%) indicaron estar recibiendo quimioterapia, 66 (46%) radioterapia, 5 (3%) cirugía y 2 (1%) hormonal.

Instrumentos

Se hicieron preguntas con formato de respuestas cerradas sobre datos sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad e ingreso económico familiar mensual) y de religión (adscripción religiosa, convicción en las creencias religiosas y frecuencia de asistencia a los servicios religiosos) y dos preguntas abiertas sobre el significado del cáncer (“antes del diagnóstico, ¿qué significaba para usted el cáncer?”, y, “actualmente, ¿qué significa para usted el cáncer?”).

Escala de Respuestas Psicológicas de duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38). Fue desarrollada por Miaja y Moral (en prensa). Está integrada por 38 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuestas: 1 = “nunca”, 2 = “pocas veces”, 3 = “a veces”, 4 = “casi siempre” y 5 = “siempre”. Miaja y Moral (en prensa) reportaron que la consistencia interna de los 38 ítems fue alta ($\alpha = .83$). La escala RPD-PS-38 tuvo una estructura de 6 factores de primer orden correlacionados (negación con 7 ítems [$\alpha = .72$], ira con 6 ítems [$\alpha = .82$], promesas/negociación con un Ser supremo con 7 ítems [$\alpha = .83$], fe/esperanza en la recuperación con 4 ítems [$\alpha = .80$], depresión con 4 ítems [$\alpha = .73$] y aceptación con 10 ítems [$\alpha = .85$]) y 2 factores de segundo orden o dimensiones independientes (reacción de afecto negativo [$\alpha = .87$ para los 27 ítems de las 4 escalas que lo definen] y actitud positiva ante la enfermedad con apoyo en creencias religiosas [$\alpha = .85$ para los 11 ítems de las dos escalas que lo definen]). Las puntuaciones de los 6 factores de primer orden se obtienen por suma simple de ítems. La dimensión de reacción de afecto

negativo se obtiene sumando directos los 17 ítems de depresión, ira y negación y sumando invertidos los 10 ítems de aceptación. La dimensión de actitud positiva se obtiene sumando directos los 11 ítems de promesas/negociación y fe/esperanza. La puntuación total se obtiene sumando directos los 19 ítems de las escalas de negación, ira, depresión y sumando invertidos los 21 ítems de las escalas de aceptación, promesas/negociación y fe/esperanza. La puntuación total cuanto mayor sea refleja un duelo más problemático o con mayor peso del afecto negativo.

Procedimiento

Antes de comenzar el estudio se proporcionó el protocolo de investigación a las instituciones anfitrionas con la finalidad de obtener las aprobaciones por las autoridades para llevarlo a cabo. Se solicitó el consentimiento informado para la participación en el estudio, garantizando el anonimato y confidencialidad de la información de acuerdo con las normas éticas de investigación de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). Se pidió a los participantes firmar la carta del consentimiento informado. En el caso de los menores de edad, la carta de consentimiento informado fue firmada por el cuidador primario (mayor de edad) y por el menor. Los participantes que aceptaron formar parte del estudio respondieron por escrito a las preguntas y la escala en presencia de la encuestadora (segunda autora del artículo), en salas polivalentes, cuartos, pasillos o diversos lugares permitidos por cada una de las instituciones donde se llevó a cabo el estudio. La muestra se recolectó de marzo a octubre del 2013.

Para el cálculo de la confiabilidad interjueces, la definición de las categorías creadas con un ejemplo prototípico y los 145 cuestionarios (cada uno identificado por un número) fueron entregados a una psicóloga con experiencia en investigación cualitativa en el área de la salud. La investigadora clasificó las respuestas dadas por los 145 participantes a las dos preguntas sobre el significado del cáncer en tres variables: significado del cáncer antes del diagnóstico, significado del cáncer durante su tratamiento y cambio de significado entre ambos momentos. Estos datos emparejados con los usados para los análisis por el número del participante se usaron para la estimación de la confiabilidad interjueces.

Análisis de datos

En relación con el primer objetivo de describir los significados dados al cáncer, se aplicó un análisis de contenido temático (Krippendorf, 2013) y se calcularon frecuencias y porcentajes. Se estimó la confiabilidad interjueces de las categorías temáticas entre dos evaluadores por el coeficiente kappa de Cohen (κ). Los valores de $\kappa < .60$ se interpretaron como confiabilidad baja, entre $.60$ y $.79$ aceptable y de $.80$ o mayor alta (Denzin y Lincoln, 2011).

En relación con el segundo objetivo, se usó la prueba de McNemar-Bowker para comparar las frecuencias con las que aparecen los significados dados. Además, se calculó el coeficiente kappa de Cohen (κ) para comprobar la significación y estimar magnitud de la asociación entre ambas respuestas. Los valores de κ menores que .20 se consideraron que reflejan una magnitud de asociación muy baja, de .20 a .39 baja, de .40 a .59 moderada, de .50 a .79 alta y mayor o igual que .80 muy alta (Ellis, 2010).

En relación con el tercer objetivo de describir modalidades de cambio en el significado, se aplicó un análisis de contenido temático y se calcularon frecuencias y porcentajes. Se estimó la confiabilidad interjueces de las categorías entre dos evaluadores por el coeficiente kappa de Cohen.

En relación con el cuarto objetivo, se compararon las medias de las 6 subescalas, 2 dimensiones y la puntuación total de duelo por análisis de varianza. El tamaño del efecto se estimó por el coeficiente eta al cuadrado (η^2). Los valores de η^2 menores de .01 se interpretaron como un tamaño de efecto trivial, entre .01 y .05 pequeño, entre .06 y .13 mediano y de .14 o mayor grande (Ellis, 2010). Se contrastó la igualdad de varianzas por la prueba de Levene. En caso de que se mantuviera la hipótesis nula de igualdad de varianzas se empleó la prueba de la diferencia mínima significativa de Fisher para las comparaciones (a posteriori) por pares de medias y en caso contrario se usó la prueba de T_2 de Tamhane.

Los cálculos estadísticos se hicieron con el programa SPSS versión 21. El nivel de significación se fijó en $\alpha = .05$, con la excepción de las comparaciones de pares de medias tras análisis de varianza; en estas comparaciones se empleó la corrección de Bonferroni ($\alpha/\text{número de comparaciones}$) si existía homogeneidad de varianzas entre los grupos comparados, ya que es la situación en la que la corrección proporciona mejor resultado siempre que los grupos comparados sean independientes y el número de comparaciones sea ≤ 10 (Abdi, 2007; Martínez, 2012).

Resultados

Significados dados al cáncer antes del diagnóstico y durante el tratamiento

Las respuestas dadas por los 145 participantes del estudio a la pregunta sobre qué significaba el cáncer para ellos antes de recibir un diagnóstico de cáncer fueron clasificadas en 7 categorías temáticas. Se asignó sólo una categoría a la respuesta de cada participante. Ordenadas por su frecuencia, las 7 categorías de significado fueron las siguientes:

Conciencia de finitud de la vida (CFV): la persona encuestada asocia el cáncer con la muerte y la finitud o fragilidad de la vida sin mención específica al dolor o sufrimiento. Si se hace mención al dolor o sufrimiento, entonces se usa la categoría "perspectiva negativa de la enfermedad" (PNE). Tiene una connotación o valencia afectiva entre neutra y negativa. Un ejemplo sería contestar "*muerte*" o "*una enfermedad mortal*".

Enfermedad curable (ECU): la persona encuestada percibe el cáncer como tratable y remediable. También se incluye en esta categoría definir el cáncer como una enfermedad más o sin mayor importancia al implicar que es una enfermedad tratable. Si añade la idea de reto a superar o prueba de la vida, entonces se usa la categoría "desafío con actitud optimista" (DAO). Tiene una connotación o valencia afectiva positiva. Un ejemplo sería contestar "*una enfermedad a superar con múltiples posibilidades de curación*" o "*una simple enfermedad*".

Perspectiva negativa de la enfermedad (PNE): la persona encuestada percibe la enfermedad como una amenaza, algo terrible que interrumpe o pone fin a su vida. Tiene una connotación o valencia afectiva claramente negativa. Un ejemplo sería contestar "*una enfermedad muy agresiva y terrible*" o "*una enfermedad muy grave, porque veo a las demás pacientes muy delicadas*".

Dolor emocional o sufrimiento (DES): la persona encuestada percibe el cáncer como una enfermedad que genera sufrimiento y malestar emocional sin mención de la muerte. Si se hace mención a la muerte, entonces se usa la categoría PNE. Tiene una connotación o valencia afectiva negativa. Un ejemplo sería contestar "*una enfermedad angustiante y que me da tristeza*" o "*una enfermedad inquietante y estresante*".

Enfermedad de los otros (EDO): la persona encuestada percibe el cáncer como algo ajeno, con la creencia de que se está exento de padecerlo y son otras personas quienes lo padecen o pueden padecer. Incluye decir que es una enfermedad sin importancia para la persona, pues no le atañe. Implica un distanciamiento emocional o indiferencia. Un ejemplo sería contestar "*una enfermedad que podía darle a cualquier persona, pero no a mí*" o "*era una enfermedad sin importancia para mí, pues no me afectaba*".

Desconocimiento de la enfermedad (DDE): la persona encuestada desconoce la enfermedad debido a que tiene poca información, como ocurre en niños pequeños. Éste es el caso de algunos adolescentes encuestados cuyo cáncer se inició en la infancia. Un ejemplo sería contestar "*no lo sabía, estaba muy pequeña y no tenía conciencia de que era el cáncer*" o "*nada, no tenía información, yo solo tenía 14 años y solo sabía que se me caería el cabello*".

Desafío con actitud optimista (DAO): la persona encuestada percibe la enfermedad como una prueba o reto que potencialmente superará con o sin mención a la ayuda de un Ser supremo. Tiene una connota-

ción o valencia afectiva positiva. Un ejemplo sería contestar “*un reto, algo que me hará más fuerte, otro obstáculo más*” o “*una enfermedad que con conciencia de superación y con fe en dios voy a vencer*”.

La confiabilidad interjueces de las 7 categorías de significado del cáncer antes del diagnóstico fue aceptable ($\kappa = .72$, $EE = .04$, $t = 18.78$, $p < .01$).

Las respuestas dadas a la pregunta sobre qué significa el cáncer en el momento de la aplicación del cuestionario (durante el tratamiento oncológico) también fueron clasificadas en 7 categorías temáticas. Se asignó sólo una categoría a la respuesta de cada participante. Cinco categorías coincidieron con la clasificación anterior (CFV, DAO, DES, ECU y PNE) y aparecieron dos nuevas:

No sabe/no contesta (NS/NC): la persona encuestada no contesta o no sabe qué contestar.

Crecimiento postraumático (CPT): la persona encuestada percibe la enfermedad como una oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal sin mencionar la intervención de un Ser supremo. Tiene una connotación o valencia afectiva positiva. Las respuestas clasificadas en esta categoría sólo aparecen tras el diagnóstico de cáncer. Si se dice que el cáncer es una enfermedad curable y se añade la idea de que replantea la existencia, se usa la presente categoría en lugar de la categoría ECU. Si se considera que el cáncer es una prueba mandada por Dios, se usa la categoría DAO. Un ejemplo sería contestar “*una oportunidad a valorar todo lo que tengo y una oportunidad de aprender*” o “*una enfermedad que replantea el significado de la vida, y te ayuda a ordenar la vida*”.

La confiabilidad interjueces de las 7 categorías de significado del cáncer en el momento de la aplicación del cuestionario (durante el tratamiento oncológico) fue alta ($\kappa = .80$, $EE = .04$, $t = 19.34$, $p < .01$).

Conciencia de finitud de la vida (CFV) fue la categoría temática de respuesta más frecuente al preguntar sobre el significado del cáncer antes del diagnóstico, pero fue de las últimas categorías en frecuencia de uso como respuesta a la pregunta sobre el significado del cáncer durante el tratamiento, 63 versus 8%. Enfermedad curable (ECU) fue la segunda categoría de respuesta antes del diagnóstico, pero fue la categoría más frecuente durante el tratamiento, 21 versus 55%. Perspectiva negativa de la enfermedad (PNE) ocupó el tercer lugar antes del diagnóstico y el segundo durante el tratamiento, 20 versus 28%. Dolor emocional (DES) ocupó el cuarto lugar como respuesta en ambas preguntas, 13 versus 8%. Desafío con actitud optimista (DAO) fue la última categoría en frecuencia antes del diagnóstico y la tercera durante el tratamiento, 3 versus 17% (véase Tabla 1).

Tabla 1
Categorías temáticas sobre el significado del cáncer

Categorías concordantes	Categoría de significado del cáncer	Antes del diagnóstico			Durante el tratamiento		
		f	%**	%***	f	%**	%***
Sí	Conciencia de finitud de la vida	63	43.4	52.5	8	5.5	6.5
	Enfermedad curable	21	14.5	17.5	55	37.9	44.4
	Perspectiva negativa de la enfermedad	20	13.8	16.7	28	19.3	22.6
	Dolor emocional o sufrimiento	13	9	10.8	8	5.5	6.5
	Desafío con actitud optimista	3	2.1	2.5	25	17.2	20.2
	Total		120	82.8	100	124	85.5
No	Enfermedad de los otros	13	9		0	0	
	Desconocimiento de la enfermedad	12	8.3		0	0	
	Crecimiento pos-traumático	0	0		16	11	
	No sabe/No contesta	0	0		5	3.4	
	Total		25	17.2		21	14.5
Total		145	100		145	100	

* Sí = categorías de significado que aparecen tanto antes de diagnóstico como en el momento de aplicación del cuestionario (durante el tratamiento oncológico). No = categorías de significado que aparecen sólo antes de diagnóstico o sólo en el momento de la aplicación del cuestionario (durante el tratamiento oncológico).

** Porcentaje de respuestas clasificadas entre las categorías concordantes o no.

*** Porcentaje de respuestas clasificadas sólo entre las categorías concordantes.

Comparación de frecuencias de los significados compartidos entre los momentos antes del diagnóstico y durante el tratamiento

Considerando las 5 categorías de respuesta concordantes para ambas preguntas, los significados del cáncer que los participantes recuerdan que tenían antes del diagnóstico de cáncer y los que se tienen en el momento de aplicación del cuestionario (durante el tratamiento oncológico) están significativamente relacionados con una magnitud de asociación baja (k de Cohen = .15, EE = .05, $t[105]$ = 4.02, p < .01), habiendo un cambio significativo (Prueba de McNemar-Bowker: $\chi^2[10, N = 106]$ = 54, p < .01) hacia categorías de significado más positivo (véase Tabla 2).

Tabla 2

Contingencia entre las categorías temáticas de significado concordantes antes del diagnóstico y durante el tratamiento oncológico

Significado del cáncer		Antes del diagnóstico					Total
		CFV	ECU	PNE	DES	DAO	
Durante el tratamiento oncológico	ECU	31	10	5	2	1	49
	DAO	10	3	3	5	1	22
	PNE	5	5	9	1	0	20
	DES	1	1	1	4	0	7
	CFV	7	0	1	0	0	8
Total		54	19	19	12	2	106

Categorías de significado: CFV = Conciencia de finitud de la vida, DAO = Desafío con actitud optimista, DES = Dolor emocional o sufrimiento, ECU = Enfermedad curable y PNE = Perspectiva negativa de la enfermedad.

Modalidades de cambio en el significado dado al cáncer

Se definieron 5 categorías de cambio de significado dado al cáncer entre antes del diagnóstico y el momento de aplicación del cuestionario (durante el tratamiento oncológico). Se asignó sólo una categoría a cada participante. Ordenadas por su frecuencia las 5 categorías de cambio de significado fueron las siguientes:

Cambio de lo negativo o indefinido a lo positivo (CNP): la persona encuestada reevalúa el significado del cáncer, basándose en la nueva información sobre la situación o la experiencia y dotando a la enfermedad de una percepción positiva. También incluye que el significado cambie de indefinido a positivo. Implica pasar de las categorías CFV, PNE y DES antes del diagnóstico a las categorías ECU, DAO y CPT durante el tratamiento, pudiendo aparecer las categorías de respuestas indefinidas DDF y EDO antes del diagnóstico. Un ejemplo sería contestar “muerte” (CFV) antes del diagnóstico y “una enfermedad que replantea el significado de la vida y con el tratamiento adecuado puede ser superada” (CPT) durante el tratamiento.

No cambio con visión negativa (NCN): la persona encuestada otorga una connotación negativa al cáncer tanto antes del diagnóstico como durante el tratamiento. Implica las categorías CFV, PNE y DES en los dos momentos. No pueden aparecer categorías de respuestas indefinidas (DDF, EDO y NS/NC). Un ejemplo sería contestar “una enfermedad que está acabando con la vida de mucha gente” (PNE) antes del diagnóstico y “una enfermedad incurable” (PNE) durante el tratamiento.

No cambio con visión positiva (NCP): la persona encuestada otorga una connotación positiva al cáncer tanto antes del diagnóstico como durante el tratamiento. Implica las categorías ECU, DAO y CPT. No pueden aparecer categorías de respuestas indefinidas (DDF, EDO y NS/NC). Un ejemplo sería contestar “una enfermedad curable” (ECU)

antes del diagnóstico y “una enfermedad que quiero vencer” (DAO) durante el tratamiento.

Visión indefinida (VIN): la persona encuestada tiene una visión indefinida del cáncer tanto antes del diagnóstico como durante el tratamiento. Si antes del diagnóstico hay alguna visión negativa, ésta tiene una connotación de distancia o abstracción. Implica las categorías DDF o EDO antes del diagnóstico y NS/NC durante el tratamiento. Puede aparecer la categoría CFV antes del diagnóstico, pero descarta las categorías DES y PNE antes del diagnóstico. Un ejemplo sería contestar “una enfermedad a la que no le daba mucha importancia” (EDO) antes del diagnóstico y no contestar o no saber qué contestar durante el tratamiento (NS/NC).

Cambio de lo positivo o indefinido a lo negativo (CPN): la persona encuestada reevalúa el significado del cáncer, basándose en la nueva información sobre la situación o la experiencia y dotando a la enfermedad de una percepción negativa. También incluye que el significado cambie de indefinido a negativo. Implica pasar de las categorías ECU y DAO antes del diagnóstico a PNE, CFV y DES durante el tratamiento, pudiendo aparecer las categorías de respuestas indefinidas DDF y EDO antes del diagnóstico. Un ejemplo sería contestar “una enfermedad curable” (ECU) antes del diagnóstico y “una enfermedad mortal y muy agresiva, porque te roba momentos, como el día de las madres, cumpleaños” (PNE) durante el tratamiento.

La confiabilidad interjueces de las 5 categorías de cambio del significado del cáncer entre los momentos antes del diagnóstico y durante el tratamiento fue aceptable ($\kappa = .77$, $EE = .05$, $t = 14.71$, $p < .01$).

De los 145 participantes, 79 (55%) experimentaron un cambio hacia significados positivos; 32 (22%) no experimentaron cambio, continuando con una imagen negativa del cáncer; 17 (12%) no experimentaron cambio, continuando con una imagen positiva del cáncer; 12 (8%) experimentaron un cambio hacia significados negativos; y 5 no experimentaron cambio, continuando con una imagen indefinida del cáncer (3%).

Relación de los significados dados al cáncer con las respuestas psicológicas de duelo

Ninguna diferencia fue estadísticamente significativa, al comparar las medias de las 6 subescalas, 2 dimensiones y la puntuación total de duelo entre los 7 grupos de participantes definidos por su respuesta a la pregunta del significado del cáncer antes el diagnóstico.

Al comparar las medias de las 6 subescalas de respuestas psicológicas entre los 7 grupos de participantes definidos por su respuesta a la pregunta del significado del cáncer durante el tratamiento, hubo diferencia estadísticamente significativa en promesas/negociación con un Ser supremo ($F [6, 138] = 2.22$, $p = .04$). El tamaño del efecto del significado sobre la respuesta de duelo fue mediano ($\eta^2 = .09$). Las varianzas de la

subescala de promesas/negociación fueron estadísticamente equivalentes entre los 7 grupos comparados por la prueba de Levene ($F [6, 138] = 1.03, p = .41$). Al mantenerse el supuesto de equivalencia de varianzas, las comparaciones de medias se hicieron con la prueba de la diferencia mínima significativa de Fisher. Considerando la corrección de Bonferoni, el nivel de significación fue de .002 ($\alpha/\text{número de grupos comparados} = .05/21 = .002$). La media en promesas/negociación fue significativamente menor ($M_{dif.} = -1.42, IC\ 95\%: -2.33, -0.51, p = .002$) en el grupo de crecimiento postraumático que en el grupo de conciencia de finitud de la vida (véase Tabla 3). Las medias en las restantes 4 subescalas de respuestas psicológicas de duelo fueron estadísticamente equivalentes entre los 7 grupos, así como las medias de las dos dimensiones y la puntuación total de duelo.

Tabla 3
Medias de promesas/negociación entre los grupos de significados durante el tratamiento

Categorías de significado de cáncer	Promesas/negociación		
	<i>n</i>	<i>M</i>	95% IC
No sabe/no contesta	5	3.37	[2.08, 4.66]
Perspectiva negativa de la enfermedad	28	4.02	[3.66, 4.38]
Dolor emocional o sufrimiento	8	3.52	[2.55, 4.48]
Conciencia de finitud de la vida	8	4.50	[3.77, 5.23]
Enfermedad curable	55	3.70	[3.41, 3.99]
Desafío con actitud optimista	25	3.78	[3.33, 4.23]
Crecimiento postraumático	16	3.08	[2.43, 3.73]
Total	145	3.73	[3.55, 3.91]

Relación de los cambios de significado con las respuestas psicológicas de duelo

Hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar las medias de depresión entre las 5 grupos definidos por las categorías temáticas descriptivas de cambio en el significado ($F [4, 140] = 5.43, p < .01$). El tamaño de efecto del cambio del significado sobre la depresión fue mediano ($\eta^2 = .13$). Las varianzas de depresión entre los 5 grupos no fueron homogéneas ($F [4, 140] = 3.46, p = .01$), por lo que las comparaciones por pares se hicieron por la prueba T_2 de Tamhane y el nivel de significación fue de .05. Las medias de depresión fueron significativamente mayores en los grupos de no cambio con visión negativa ($M_{dif.} = 0.55, IC\ 95\%: 0.01, 1.09, p = .04$) y no cambio con visión positiva ($M_{dif.} = 0.83, IC\ 95\%: 0.05, 1.60, p = .03$) que en el grupo de cambio de lo negativo o indiferenciado a lo positivo (véase Tabla 4).

También se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar las medias de aceptación de la enfermedad entre los 5 grupos definidos por las categorías temáticas descriptivas de cambio en el signi-

ficado ($F [4, 140] = 3.05, p = .02$). El tamaño de efecto del cambio de significado sobre la aceptación fue mediano ($\eta^2 = .08$). Las varianzas de aceptación entre los 5 grupos fueron homogéneas ($F [4, 140] = 1.49, p = .21$), por lo que las comparaciones por pares se hicieron por la prueba de la Diferencia Mínima Significativa de Fisher. Considerando la corrección de Bonferroni, el nivel de significación fue de .005 ($\alpha/\text{número de grupos comparados} = .05/10 = .005$). La media de aceptación fue significativamente menor ($M_{dif.} = -0.52, IC\ 95\%: -0.82, -0.21, p = .001$) en el grupo de no cambio con visión negativa en comparación con el grupo de cambio de lo negativo o indiferenciado a lo positivo (véase Tabla 4).

A su vez, se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar las medias de la dimensión de reacción de afecto negativo entre las 5 grupos definidos por las categorías temáticas descriptivas de cambio en el significado ($F [4, 140] = 3.38, p = .01$). El tamaño de efecto del cambio de significado sobre la reacción de afecto negativo fue mediano ($\eta^2 = .09$). Las varianzas de reacción de afecto negativo entre los 5 grupos fueron homogéneas ($F [4, 140] = 0.89, p = .48$), por lo que las comparaciones por pares se hicieron por la prueba de la Diferencia Mínima Significativa de Fisher. Considerando la corrección de Bonferroni, el nivel de significación fue de .005 ($\alpha/\text{número de grupos comparados} = .05/10 = .005$). La media de reacción de afecto negativo fue significativamente mayor ($M_{dif.} = 0.38, IC\ 95\%: 0.15, 0.60, p = .001$) en el grupo de no cambio con visión negativa en comparación con el grupo de cambio de lo negativo o indiferenciado a lo positivo (véase Tabla 4).

Tabla 4

Medias de depresión, aceptación y reacción de afecto negativo entre los grupos de cambio en el significado del cáncer

Categorías de cambio	n	Depresión		Aceptación		RANE	
		M	95% IC	M	95% IC	M	95% IC
NCN	32	2.18	[1.84, 2.52]	3.81	[3.49, 4.12]	2.01	[1.80, 2.21]
NCP	17	2.46	[1.96, 2.95]	4.08	[3.77, 4.40]	1.95	[1.68, 2.22]
VIN	5	1.70	[0.84, 2.56]	4.14	[3.09, 5.19]	1.75	[1.42, 2.08]
CPN	12	1.94	[1.37, 2.50]	4.33	[3.94, 4.72]	1.80	[1.38, 2.21]
CNP	79	1.63	[1.48, 1.79]	4.32	[4.17, 4.48]	1.63	[1.52, 1.75]
Total	145	1.88	[1.74, 2.01]	4.18	[4.05, 4.30]	1.77	[1.68, 1.86]

Cambio en el significado: NCN = No cambio con visión negativa, NCP = No cambio con visión positiva, VIN = Visión indefinida, CPN = Cambio de lo positivo o indefinido a lo negativo, CNP = Cambio de lo negativo o indefinido a lo positivo. RANE = Reacción de afecto negativo.

Las medias entre las 5 categorías de cambio fueron estadísticamente equivalentes en la respuesta de negación ($F [4, 140] = 0.80, p = .53$), ira ($F [4, 140] = 1.37, p = .25$), promesas/negociación con un Ser supremo ($F [4, 140] = 1.51, p = .20$), fe/esperanza en la recuperación ($F [4, 140] = 0.33, p = .99$), actitud positiva ante la enfermedad ($F [4, 140] = 0.92, p = .46$) y la puntuación total de duelo ($F [4, 140] = 1.84, p = .13$).

Discusión

En relación con el primer objetivo del estudio de describir los significados dados al cáncer, se encontró que la mayoría de los encuestados asociaron significados específicos al cáncer antes de su diagnóstico, salvo en los casos de niños pequeños, siendo la asociación más frecuente la de muerte, esto es, una asociación negativa, como se halla en estudios realizados en población general o de personas sanas (Anagnostopoulos y Spanea, 2005; Cristobal, 2007; Giraldo, 2009; Insa et al., 2010). Asimismo, durante el tratamiento oncológico, la mayoría de los encuestados fueron capaces de asociar un significado, aunque apareció un 3% de personas incapaces de dar un significado para el cáncer en esta situación. No se puede afirmar que sea por inhibición ante lo abrumador de la enfermedad, pues estas personas tuvieron promedios intermedios en afecto negativo y aceptación entre los 7 grupos y consecuentemente no destacaron en ninguna comparación de medias. Probablemente, este grupo refleje una ambivalencia e indecisión ante significados negativos y positivos asociados con la enfermedad. Durante el tratamiento el significado más asociado con el cáncer fue el de enfermedad curable y el menos asociado fue el de muerte, reflejando la realidad que estas personas viven y los mensajes que reciben del equipo de tratamiento (Medina, 2007). Este significado positivo en contraste con el dado por las personas sanas coincide con otros estudios realizados en población clínica (Anagnostopoulos y Spanea, 2005; Degner et al., 2003; Karakaş y Okanlı, 2014).

En relación con el segundo objetivo del estudio de comparar las frecuencias con las que aparecen los significados dados al cáncer antes del diagnóstico del cáncer y durante el tratamiento oncológico, se observó una diferencia estadísticamente significativa conforme con la expectativa. Antes del diagnóstico dos tercios de los participantes otorgaron un significado negativo al cáncer frente a un tercio que le dieron un significado positivo o indefinido; a la inversa, durante el tratamiento oncológico, dos tercios de los participantes otorgaron un significado positivo al cáncer y un tercio le dieron un significado negativo o indefinido. Así parece que, tras el diagnóstico, se deja de pensar en la finitud de la vida, el dolor, el sufrimiento y las asociaciones negativas y se piensa más en el cáncer como una enfermedad curable, un desafío a afrontar con optimismo o una oportunidad de crecer como persona. Este cambio se pue-

de atribuir tanto al contacto con el objeto temido que matiza, singulariza y positiva el estereotipo simplificador y estigmatizador (Whitley y Kite, 2010), y sobre todo a la necesidad de adaptación y cambio ante una situación actualmente con salidas, al ser curables 7 de cada 10 casos de cáncer (Reisfield y Wilson, 2004; Worden, 2010).

En relación con el tercer objetivo del estudio de describir modalidades de cambio en el significado dado al cáncer, se halla que prevalece el cambio de lo negativo o indiferenciado a lo positivo, pasándose de una representación y un estereotipo distante a una realidad concreta a la cual la persona se tiene que adaptar y puede salir con éxito (Reisfield y Wilson, 2004; Worden, 2010). Es de señalar que casi un tercio de la muestra mantiene la imagen negativa del cáncer o evolucionada hacia una imagen negativa desde una representación previa positiva o indefinida. En unos casos probablemente sea debido a rasgos de neuroticismo, carácter depresivo o tendencia al afecto negativo, en otros casos probablemente sea debido a complicaciones y dificultades en el tratamiento oncológico y en otros casos pudiera ser debido a la combinación de una situación clínica adversa y rasgos de personalidad (Barreto, De-la-Torre, y Pérez, 2012; Burgess et al., 2005).

En relación con el cuarto objetivo de la investigación de estudiar la relación de los significados dados al cáncer y las respuestas psicológicas de duelo, se hallaron asociaciones significativas conforme a las expectativas de la teoría de duelo de Kübler-Ross (2005) y hallazgos de investigaciones previas (Degner et al., 2003; Karakaş y Okanlı, 2014). Un significado negativo dado al cáncer aunado a una incapacidad de reelaborar este significado se asocia con problemas en el proceso de duelo de más afecto negativo y menor aceptación de la enfermedad.

Evers et al. (2001) propusieron que existen tres formas de dar significado a una enfermedad crónica, como es el cáncer: 1) la impotencia como una manera de enfatizar el significado de aversión hacia la enfermedad, 2) la aceptación como un proceso de ajuste a la enfermedad y así disminuir el significado adverso, y 3) la construcción de un sentido positivo para la vida de discapacidad y la enfermedad, buscando ventajas o beneficios. Desde las categorías encontradas en el presente estudio durante el tratamiento oncológico, se podrían retomar estas tres dimensiones del significado. La dimensión de impotencia corresponde a las categorías de perspectiva negativa de la enfermedad, dolor emocional o sufrimiento y conciencia de finitud de la vida. La dimensión de aceptación corresponde a las categorías de enfermedad curable y desafío con actitud optimista. La dimensión de percepción de beneficios a la categoría de crecimiento postraumático. Las categorías de no cambio con una imagen negativa y cambio de lo positivo o indiferenciado a lo positivo se relacionaría con la primera dimensión. Las categorías de cambio de lo negativo o indiferenciado a lo positivo y no cambio con una visión positiva se relacionarían con las dos últimas dimensiones. Evers

et al. (2001) indicaron que la dimensión de impotencia se asocia con el afecto negativo en el proceso de duelo y las otras dos dimensiones con la aceptación de la enfermedad y la superación de duelo por la pérdida de la salud. De forma concordante, la depresión, la reacción de afecto negativo fue mayor y la aceptación fue menor en el grupo de no cambio del significado con una imagen negativa del cáncer; por el contrario, en el grupo de cambio de lo negativo o indiferenciado a lo positivo fue mayor la aceptación y menor la depresión y la reacción de afecto negativo, siendo entre estos dos grupos entre los que se definieron propiamente las diferencias en estas tres categorías de cambio. Este resultado es claramente concordante con la propuesta de las 5 respuestas psicológicas de duelo de Kübler-Ross (2005) y muestra que el proceso de cambio o estancamiento es más visible en las dos etapas finales, esto es, en las respuestas de depresión y aceptación.

Se ha hallado una fuerte asociación entre el sentido y significado de la vida y la adaptación psicosocial a la enfermedad (Lee, Cohen, Edgar, Laizner, y Gagnon, 2004; Schreiber y Brockopp, 2012). Maliski, Connor, Williams y Litwin (2010) señalan que la fe dirigida hacia Dios ayuda a superar el miedo ante el diagnóstico del cáncer, y favorece el percibir la situación como un nuevo comienzo a través de la aceptación de la enfermedad. No obstante, el apoyo en la religión, en algunos casos, puede reflejar un estancamiento en el proceso de duelo, estando la religión amortiguando el miedo y el afecto negativo (Büssing y Koenig, 2010). En el presente estudio esta relación parece reflejarse en la diferencia entre el grupo de crecimiento postraumático y conciencia de finitud de la vida en la subescala de promesas/negociación con un Ser supremo. Aquellas personas que logran hallar un sentido a la enfermedad para su crecimiento personal acuden menos a las promesas y pactos con Dios a cambio de la recuperación de la salud. Por el contrario, quienes asocian el cáncer con el final de la vida durante el tratamiento oncológico son los que hacen más promesas y pactan más con Dios a favor de su recuperación. Probablemente se deba a la presencia o combinación de situaciones adversas en el tratamiento oncológico y rasgos de personalidad que facilitan el pesimismo y el afecto negativo (Barreto et al., 2012; Burgess et al., 2005).

Actualmente existe polémica sobre el uso de la corrección de Bonferroni en las comparaciones múltiples de medias de la misma familia (Whitley y Ball 2002). Si se hacen k comparaciones de medias de la misma familia, usando una prueba t de Student o una prueba Z con un nivel de significación α , la probabilidad de que haya un falso positivo es mayor que α , esto es, se incrementa la probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo verdadera (error tipo I). Estimando el incremento de la probabilidad de incurrir en un error tipo I según aumenta el número de comparaciones de la misma familia, Bonferroni propuso dividir el nivel de significación convencional por el número de comparaciones, α/k (Abdi,

2007). Se ha criticado que la corrección de Bonferroni es conservadora e incrementa el error tipo II de mantener la hipótesis nula siendo falsa, por lo que se desaconseja su empleo como regla general (Whitley y Ball 2002). No obstante, esta corrección funciona bien cuando el número de comparaciones es menor o igual que 10, las pruebas comparadas son independientes y las varianzas de los grupos comparados son estadísticamente equivalentes (Abdi, 2007; Martínez, 2012). En el presente estudio, al observarse un claro solapamiento entre los intervalos de las medias en comparaciones significativas por la prueba de la diferencia mínima significativa con un nivel convencional de .05 y que algunas diferencias significativas no eran claramente esperadas, cuando éste no era el caso al emplear la corrección de Bonferroni en las condiciones de funcionamiento óptimo (homogeneidad de varianza), se optó por el uso de la corrección para el nivel de significación. En el presente estudio se tiene garantía de independencia de los grupos comparados, ya que la respuesta de cada participante sólo era clasificada en una categoría de significado y las categorías se definieron lo más claramente diferenciadas para cumplir con los requisitos de exclusividad (cada respuesta se clasifica en sólo una categoría) y exhaustividad (todas las respuestas son clasificables en las categorías definidas), sin sacrificar la economía (número reducido de categorías) y utilidad comparativa (Krippendorf, 2013). Abdi (2007) también recomienda realizar las comparaciones de medias por la prueba de Sidak con un nivel de significación de .05, especialmente si las comparaciones son mayores que 10, que no es el caso del presente estudio. La prueba de Sidak usa una corrección de la tasa de error en las comparaciones múltiples de la misma familia con límites más estrechos que la prueba de Bonferroni, teniendo más potencia y resultando menos conservadora con la hipótesis nula. Debe mencionarse que los resultados de diferencia de pares de medias serían totalmente convergentes si se hubiera empleado la prueba de Sidak con un nivel de significación de .05: la diferencia de medias de promesas/negociación (1.41, IC 95%: 0.02, 2.84) entre los grupos conciencia de finitud de la vida y crecimiento postraumático sería estadísticamente significativa ($p = .05$), la diferencia de medias de aceptación (-0.51, IC 95%: -0.96, -0.08) entre los grupos de no cambio con visión negativa y cambio de lo negativo o indefinido a lo positivo también sería estadísticamente significativa ($p = .01$), así como la diferencia de medias de reacción de afecto negativo (0.38, IC 95%: 0.06, 0.69) entre los grupos de no cambio con visión negativa y cambio de lo negativo o indefinido a lo positivo sería estadísticamente significativa ($p = .01$); todas las demás comparaciones no serían estadísticamente significativas ($p > .05$).

Como limitaciones del estudio debe mencionarse que se empleó una muestra no probabilística, por lo que los resultados se pueden manejar como hipótesis para muestras con características semejantes (adultos de mediana edad, con predominio de sexo femenino, con estudios de

media superior no terminados, una media entre uno y dos años transcurrido desde el diagnóstico de cáncer y en tratamiento oncológico), pero no como estimaciones paramétricas. Los datos se obtuvieron por medio de un cuestionario integrado por preguntas abiertas y cerradas y escalas con ítems tipo Likert. Podrían diferir de los obtenidos por medio de otros métodos, como escalas de observación. No obstante, los valores de confiabilidad interjueces de las categorías temáticas creadas variaron de adecuados a altos (de .73 a .80 por el coeficiente kappa de Cohen) y las escalas aplicadas poseen valores de consistencia interna altos y validez de constructo-estructural y convergente/divergente (Miaja y Moral, en prensa).

En conclusión, entre los significados asociados con el cáncer antes del diagnóstico dominan los significados negativos; casi la mitad de los participantes asocian el cáncer con la muerte o finitud de la vida. Durante el tratamiento oncológico dominan las asociaciones positivas, siendo la de enfermedad curable la más frecuente. Claramente se observa un cambio de categorías de significado negativo antes del diagnóstico de cáncer a categorías con significado positivo durante el tratamiento oncológico. Se supone que este cambio sea atribuible al contacto con la enfermedad y sobre todo a la necesidad de adaptarse a la misma. Dentro de las 5 categorías creadas para describir el cambio de significado, la más frecuente fue la de cambio de lo negativo o indefinido a lo positivo. Esta categoría de cambio estuvo presente en más de la mitad de los participantes y se asoció con menos depresión y reacción de afecto negativo y más aceptación de la enfermedad. El grupo de no cambio con significado negativo del cáncer representó a poco menos de un cuarto de los participantes y se asoció con más depresión y reacción de afecto negativo y menos aceptación de la enfermedad. Las magnitudes de estas asociaciones fueron medianas. La respuesta de promesas/negociación con un Ser supremo fue la única subescala de duelo que se asoció con las categorías de significado y fue con los significados dados durante el tratamiento oncológico. Las personas que asocian el cáncer con crecimiento personal acuden menos a las promesas/negociación con Dios frente a las personas que lo asocian con la muerte. La magnitud de esta asociación fue mediana. Se supone que sea atribuible a situaciones clínicas más adversas y/o rasgos de personalidad de tendencia al pesimismo y el afecto negativo.

Para futuras investigaciones se sugiere replicar el estudio con una muestra equilibrada en sexo (120 mujeres y 120 hombres). Debido a los lugares a los que se tuvo acceso y permiso, la obtención de hombres en tratamiento se hizo muy difícil, lográndose reclutar sólo a 25 hombres para la muestra. Se sugiere aplicar el diseño del estudio a otras enfermedades crónicas, como enfermedad coronaria, diabetes y artritis reumatoide. Entre las variables se aconseja incluir expectativa de curación, percepción de efecto del tratamiento oncológico y neuroticismo. A

nivel de intervención psicológica, se recomienda evaluar el significado asociado al cáncer antes del diagnóstico y durante el tratamiento oncológico e implementar una intervención psicológica en los casos de no cambio de significado con una imagen negativa del cáncer y de cambio de lo positivo o indiferenciado antes del diagnóstico a lo negativo durante el tratamiento oncológico. Este estancamiento o cambio probablemente se deba a rasgos de personalidad y/o a la situación clínica. En el trabajo terapéutico se recomienda usar las técnicas de metáforas para construir un cambio de significado de carácter positivo que facilite el proceso de duelo (Reisfield y Wilson, 2004). Es importante remarcar que en los procesos de duelo ante la pérdida de la salud no se debe desalentar el apoyo en las creencias religiosas, por el contrario, es positivo estimularlo (Yoffe, 2012), aunque probablemente las personas con crecimiento post-traumático lo necesiten menos.

Referencias

- Abdi, H. (2007). Bonferroni and Sidak corrections for multiple comparisons. En N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of measurement and statistics* (pp. 103-107). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Anagnostopoulos, F. y Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 327-334.
- Barreto, P., De-la-Torre, O. y Pérez, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9, 355-368. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. y Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-705. doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Büssing, A. y Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1, 18-27. doi:10.3390/rel1010018.
- Cantú, R. y Álvarez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 19(1), 21-32.
- Cristobal, I. (2007). Representaciones del cáncer de cuello uterino y su relación con la sexualidad femenina. *Investigaciones Sociales*, 18, 431-454.
- Degner, L., Hack, T., O'Neil, J. y Kristjanson, L. (2003). A new approach to eliciting meaning in the context of breast cancer. *Cancer Nursing*, 26, 169-178. doi:10.1097/00002820-200306000-00001
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of qualitative research* (4th ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: An introduction to statistical power, meta-analysis and the interpretation of research results*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Van-Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G. y Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.1026.
- Giraldo, C. V. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de Salud Pública*, 11, 514-525. doi:10.1590/S0124-00642009000400003

- Insa, L. L., Monleón, M. A. B. y Espallargas, A. P. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedad*, 22, 318-327.
- Karakaş, S. A. y Okanlı, A. (2014). The relationship between meaning of illness, anxiety depression, and quality of life for cancer patients. *Collegium Antropologicum*, 38, 939-944.
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An introduction to its methodology* (3th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kübler-Ross, E. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A. y Gagnon, A. J. (2004). Clarifying meaning in the context of cancer research: a systematic literature review. *Palliative & Supportive Care*, 2, 291-303. doi: 10.1017/S1478951504040386.
- Maliski, S. L., Connor, S. E., Williams, L. y Litwin, M. S. (2010). Faith among low-income, African American/black men treated for prostate cancer. *Cancer Nursing*, 33, 470-478. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181e1f7ff.
- Martínez, P. (2012). Ajuste del valor-p por contrastes múltiples. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16, 225-232.
- Medina, A. M. (2007). Representaciones del cáncer en estudiantes de medicina: implicaciones para la práctica y la enseñanza. *Revista Salud Pública*, 9, 369-379. doi:10.1590/S0124-00642007000300005
- Miaja, M. y Moral, J. (en prensa). Desarrollo y validación de la Escala de Respuestas Psicológicas de Duelo ante la Pérdida de la Salud (RPD-PS-38). *Psico-Oncología*, 11(3).
- Moral, J. y Miaja, M. (en prensa). Contraste del modelo de las 5 fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico*, 12(2).
- Nogueira, P. L., Ruas, P. R., Barbosa, H. A., Soares, L. M. y Greyce, G. (2013). The meaning of cancer: patient perception. *Journal of Nursing*, 7, 6828-6833. doi: 10.5205/r.euol.2950-23586-1-ED.0712201314
- Payás, A. (2010). *Las tareas de duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós.
- Reisfield, G. M. y Wilson, G. R. (2004). Use of metaphor in the discourse on cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 4024-4027. doi:10.1200/JCO.2004.03.136
- Schreiber, J. A. y Brockopp, D. Y. (2012). Twenty-five years later, what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 6, 82-94. doi:10.1007/s11764-011-0193-7
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4a. ed.). Ciudad de México: Editorial Trillas.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós.
- Whitley, E. y Ball J. (2002). Statistics review 3: hypothesis testing and P values. *Critical Care*, 6, 222-225.
- Whitley, B. E. y Kite, M. E. (2010). *The psychology of prejudice and discrimination* (2nd. ed.). Belmont, CA: Wadsworth Engage Learning.
- Worden, J. W. (2010). *El tratamiento de duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2a. ed.). Barcelona: Paidós.
- Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.

Agradecimientos: Se agradece a la Mtra. Abril Aydeé Garza Sáenz quien ayudó a la estimación de la confiabilidad interjueces, a las pacientes que participaron en el

estudio y a las instituciones que permitieron el acceso a la muestra: Cruz Rosa, A.B.P., Desafío del Noreste, A.C., Posada del Peregrino de Caritas de Monterrey, A.B.P., Clínica 0-19, Clínica Opción Oncología, Asociación Mexicana Contra el Cáncer de Mama, A.C. de la Fundación CIM*ab y el grupo de autoayuda Mujeres con Cáncer.

No existe conflicto de intereses. La segunda autora del artículo contaba con una beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) durante la realización de este estudio.