

**Crecimiento Postraumático en Supervivientes de Cáncer de Mama de la Fundación Voces
de Esperanza en la Ciudad de Barranquilla**

Eric Francisco González Martínez

Vanessa Dalida Serje Díaz

Asesora

Mercedes Cecilia Vélez Pombo

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ESCAH

Psicología

2023

Agradecimientos

Agradezco a Dios, al Todopoderoso, quien conforme a su gracia y sabiduría, seguirá de acuerdo a su buena, agradable y perfecta voluntad, cumpliendo su propósito en mí.

A mi familia, quienes fueron testigos de todas las luchas y las batallas por alcanzar este logro propuesto en favor y gratitud por la humanidad que Dios creó para revelarme su grande bondad y así ser su reflejo ante el mundo.

A cada una de las supervivientes de cáncer de mama de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla por la disposición para atender y unirse a ese espíritu de lucha por la investigación y revelar la fortaleza que se esconde en la cualidad de seres terrenales.

A la docente Silvia Montalvo Julio, quien creyó en mí cuando en el debate de abrirme a este horizonte de la investigación, me acompañó y motivó para iniciar este extraordinario proyecto.

A Katherine Gaviria, gran amiga y colega que identificó la chispa divina para decidir este proyecto académico y hoy este título se lo debó en parte a su hackeo personal.

A la docente Mercedes Vélez, por su asesoría y acompañamiento durante el proceso de investigación y elaboración de este proyecto de investigación.

A mis compañeros y colegas de estudio por contribuir con sus sentipensares y reflexiones a mi cualificación personal y profesional.

A la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, su cuerpo docente, directivo y administrativo, por ser el alma máter que hizo posible este logro profesional.

Eric Francisco González Martínez

A Dios, quien ha sido sin duda la ayuda incondicional durante todo este proceso, sin Él nada hubiese sido posible.

A mis padres por ser el motor que me ha impulsado a seguir, quienes a pesar de las dificultades,
siempre me apoyaron.

A la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, por facilitarnos los recursos
académicos para lograr este resultado.

A la tutora Doctora Mercedes Cecilia Vélez por su orientación, acompañamiento y asesoría, por
corregirme para llegar hasta aquí.

Al grupo de apoyo Voces de Esperanza en cabeza de su líder Yusti Tamasco, por permitirnos
realizar este estudio. Sin este grupo de estudio no hubiese sido posible esta investigación.

A nuestros compañeros de estudio, profesores y coordinadores de prácticas quienes fueron un
pilar importante en nuestra formación.

Vanessa Dalida Serje Díaz

Resumen

Esta es una investigación cuantitativa de tipo no experimental de corte transversal y alcance descriptivo, cuyo objetivo es describir el crecimiento postraumático en 35 pacientes adultas entre los 29 y 70 años de edad diagnosticadas con cáncer de mamá que reciben tratamiento oncológico y acompañamiento psicosocial en la Fundación Voces de Esperanza ubicada en la ciudad de Barranquilla. El diseño implementado fue *ex post facto* que significa un proceso causal, esto es, una población de pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, que padecen o han padecido los embates de dicha enfermedad en sus picos más álgidos, pero que además, han experimentado la desaparición de algunos síntomas. Para alcanzar dicho objetivo, se implementó el Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) desarrollado por los autores Calhoun y Tedeschi (1996) junto con un cuestionario sociodemográfico, aplicando la técnica de la encuesta. Para el análisis de los datos se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), programa de mayor uso en los Estados Unidos de Norteamérica y América Latina.

Palabras Claves: Crecimiento Postraumático, Cáncer de Mama, Beneficios Percibidos, Reevaluación Positiva, Valoración Existencial.

Abstract

This is a non-experimental quantitative research of cross-sectional and descriptive scope, whose objective is to describe post-traumatic growth in 35 adult patients between 29 and 70 years of age diagnosed with breast cancer who receive oncological treatment and psychosocial support at the Fundación Voces de Esperanza located at Barranquilla city. The design implemented was *ex post facto*, which means a causal process, that is, a population of patients who have been diagnosed with breast cancer, who suffer or have suffered the attacks of said disease at its highest peaks, but who have also experienced the disappearance of some symptoms. To achieve this objective, the Posttraumatic Growth Inventory (PGI) developed by the authors Calhoun and Tedeschi (1996) was implemented along with a sociodemographic questionnaire, applying the survey technique. For data analysis, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) application the most widely used program in the United States of America and Latin America.

Key Words: Posttraumatic Growth, Breast Cancer, Perceived Benefits, Positive Psychology, Empathy, Life Quality, Prosociality.

Tabla de Contenido

Introducción	11
Planteamiento del Problema y Pregunta de Investigación	15
Justificación	21
Objetivos	23
Objetivo General	23
Objetivos Específicos	23
Marco Conceptual y Teórico	24
Conceptos asociados a Crecimiento Postraumático (CPT)	25
Modelos de Crecimiento Postraumático	27
Prevalencia, Características del Evento y Crecimiento Postraumático	30
Crecimiento Postraumático y Salud Mental	31
Crecimiento Postraumático y Cáncer de Mama	33
Crecimiento Postraumático y sus Variables Sociodemográficas y Culturales	36
Crecimiento Postraumático y Personalidad	38
Evaluación del Crecimiento Postraumático	40
Marco Legal	43
Constitución Política de Colombia	43
Ley 1090 de Septiembre 06 de 2006 Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia	43
Ley de salud mental 1616 del 2013	44
Ley 10 de 1990	46
Marco Ético	49

Resolución 8430 de 1993 Declaración Helsinki para las Ciencias de la Salud	49
Metodología	50
Enfoque de la Investigación	50
Diseño de la Investigación	50
Muestra Poblacional	51
Técnicas e Instrumentos	51
Resultados	56
Propiedades Psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático	56
Caracterización Sociodemográfica.....	56
Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT).....	62
Discusión y Conclusiones	68
Referencias.....	78

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Crecimiento Postraumático (Colhoun y Tedeschi, 1999)</i>	54
Tabla 2 <i>Coeficientes de consistencia interna de ICPT</i>	56
Tabla 3 <i>Distribución por edades de la población</i>	56
Tabla 4 <i>Creencias religiosas</i>	57
Tabla 5 <i>Perfil de la muestra</i>	58
Tabla 6 <i>Generalidades del Diagnóstico Cáncer de Mama</i>	60

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Niveles de crecimiento postraumático</i>	62
Figura 2 <i>Niveles de CPT para la dimensión Mejora en Relaciones con Otros</i>	63
Figura 3 <i>Niveles de CPT para la dimensión Nuevas Posibilidades.</i>	64
Figura 4 <i>Niveles de CPT para la dimensión Fortaleza Personal.</i>	65
Figura 5 <i>Niveles de CPT para la dimensión Nueva Valoración de la Vida</i>	66
Figura 6 <i>Niveles de CPT para la dimensión Crecimiento Espiritual</i>	67

Lista de Apéndices

Apéndice A <i>Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT)</i>	95
Apéndice B <i>Cuestionario Sociodemográfico</i>	96
Apéndice C <i>Consentimiento Informado</i>	97
Apéndice D <i>Cronograma</i>	98
Apéndice E <i>Recursos</i>	99

Introducción

El cáncer de mama es reconocido como un problema de salud que causa impacto en la vida de las personas que lo padecen. La finalidad de este proyecto de investigación es la de describir el crecimiento postraumático en 35 pacientes adultas entre los 29 y 70 años de edad diagnosticadas con cáncer de mamá que reciben tratamiento oncológico y acompañamiento psicosocial en la Fundación Voces de Esperanza ubicada en la ciudad de Barranquilla. El interés general que motiva a ahondar en este fenómeno objeto de estudio de la Psicología Positiva propuesta por Seligman (1999) en el desarrollo del concepto de resiliencia desde la psicología, es el de reconocer - contrario a la psicopatología - los cambios o los efectos positivos que pueden percibirse tras la vivencia de acontecimientos vitales adversos o aquellos que se consideran desde las nociones de la psicología clínica “traumáticos” o nocivos para el funcionamiento integral o equilibrado de los seres humanos. Este proyecto de investigación pretende sumarse a las investigaciones que se han hecho acerca de crecimiento postraumático en el campo de la oncosenología como contribución a la “Creación y aplicación de conocimientos necesarios para el desarrollo humano” (UNESCO, 2005).

Por otra parte, también se pretende dar cuenta que las personas que padecen acontecimientos vitales traumáticos como el cáncer de mamá, no sólo perciben efectos nocivos a su funcionamiento personal, sino que además y, por el contrario, le atribuyen efectos positivos que han marcado nuevas pautas en la valoración de la propia existencia, considerando así al trauma, no sólo como un evento o situación negativa o positiva en sí, sino, como precursor de cambios que pueden potencializar el desarrollo humano. En tal virtud, este documento busca mediante la evaluación del crecimiento postraumático, identificar y describir la *Mejora en las relaciones con otros, las nuevas posibilidades, las fortalezas personales, la nueva valoración de*

la vida y el crecimiento espiritual en un grupo de pacientes con cáncer de mamá como demostración de los beneficios o los cambios positivos que pueden llegar a percibir los individuos tras haber experimentado ciertos acontecimientos o eventos vitales cuya naturaleza se considera “traumática”, negativa o nociva para el funcionamiento personal.

La salud mental se puede definir como esas capacidades que los individuos despliegan para la adaptación y auto-manejo de los desafíos físicos, mentales y sociales que implica la existencia (Jadad y Grady, 2008). En este sentido, la psicología positiva, demuestra que existen diferentes factores predictores de crecimiento postraumático (CPT) que son inherentes al individuo pero que también provienen de los ambientes a los que estos se encuentran expuestos y que no solo afectan negativamente su salud mental, sino que además, tienen la capacidad de contribuir favorablemente al mantenimiento de esta. Uno de estos es el *temperamento* que de acuerdo a Seligman (2005) es modificable por circunstancias específicas pese a que se hereda. Seguido a este, están las *fortalezas del carácter* que hace referencia a rasgos o características psicológicas que pueden presentarse en situaciones distintas a través del tiempo y sus consecuencias suelen ser positivas (Seligman, 2005). De acuerdo a este autor, las fortalezas del carácter generan emociones positivas auténticas que actúan como barreras contra la enfermedad. Entre tales fortalezas se encuentran el optimismo, las habilidades interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir o *flow* en inglés (Seligman y Christopher, 2000). Como último predictor de crecimiento postraumático está la *autopercepción positiva* que tiene que ver con la consideración de eventos y circunstancias de la vida como posibilidades para favorecer el bienestar propio – esto - desde la confianza en las propias acciones, habilidades y capacidades que se despliegan en razón de afrontar y manejar las situaciones traumáticas (Lyubomirshy, 2001). Desde el desarrollo del concepto de crecimiento

postraumático propuesto por la psicología positiva puede entenderse la salud mental no sólo como el conjunto de acciones o actividades tendientes a aliviar el sufrimiento humano o la curación de un trastorno mental - sino también - como aquel derrotero para avanzar en métodos y estrategias que favorezcan el alcance y la optimización de los recursos y fortalezas individuales en procura de la calidad de vida (Vázquez, 2006). Esto desde el fervor que causa el descubrimiento de las fortalezas del propio carácter como aliadas para avanzar en la vida y ayudar a otros a lograrlo, dando lugar así, al afianzamiento en la promoción de la prosocialidad en la supervivencia frente a la enfermedad o el padecimiento y, a la convivencia desde la empatía con quienes la padecen. El concepto de crecimiento postraumático fue desarrollado por Calhoun y Tedeschi (1999) como antecesores y responsables teóricos de los trabajos que dieron lugar al surgimiento de la psicología positiva de Martin Seligman y, según estos autores, el crecimiento postraumático hace referencia a “Los cambios positivos que pueden percibir los individuos como resultado de procesos de lucha que emprenden tras la vivencia de sucesos traumáticos, logrando sobrevivir sin sufrir trastorno alguno, suponiendo esto que los sucesos o experiencias traumáticas son las que operan en el individuo cambios positivos que los conducen a situaciones mejores respecto a aquellas en la que se encontraban antes”. Es así como puede explicarse como las personas supervivientes de cáncer de mamá manifiesten sentirse favorecidas tras haber recibido dicho diagnóstico y, además de eso, tener el deseo y el fervor de ayudar a otros que se encuentren bajo la misma condición u otras condiciones de adversidad o padecimiento, constituyéndose así el apoyo mutuo, la empatía y la prosocialidad como valores y factores psicosociales protectores que inciden en la salud física y mental de las personas que transitan por un evento vital traumático. Es así como esta investigación mediante la aplicación del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) busca medir y valorar los impactos o los cambios

positivos que han percibido en su cotidianeidad un grupo de pacientes pertenecientes a la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla, tras el sufrimiento de los más duros embates del cáncer de mama.

Planteamiento del Problema y Pregunta de Investigación

En el año 2020, el cáncer de mama (CaM) ocupó el primer lugar de todos los tipos de cáncer a nivel mundial con una incidencia de 2.261.419 (11,7%) seguido del cáncer de pulmón (11,4%) y el colorectal (10%). Durante esa misma vigencia se produjeron 684.996 (6,9%) muertes por cáncer de mama ocupando el quinto lugar a nivel mundial, precedido por el cáncer de pulmón (18%), colorectal (9,4%), hígado (8,3%) y estomago (7,7%). Se estima que para el año 2040 aumente en un 33,8% más los casos de cáncer de mama (GCO, 2020). El cáncer de mama se considera como un grupo de enfermedades heterogéneas que muestran características morfológicas y biológicas variables, por lo tanto, su comportamiento clínico es variable al igual que la respuesta al tratamiento (Tsang y Tse, 2020). Casi el 90% de las mujeres a las que se les diagnostica un cáncer de mama se encuentran en una fase temprana de la enfermedad y pueden ser tratadas con cirugía conservadora de la mama, mastectomía unilateral o bilateral, con o sin reconstrucción inmediata o diferida (Lovelace et al, 2019). Sin duda alguna, el diagnóstico de cualquier tipo de cáncer supone un gran impacto psíquico en la persona que lo recibe por la gravedad que implica para la salud en general y con ello, la calidad de vida. Tras el diagnóstico, se suman las condicionantes socioculturales e individuales (creencias de diversa índole, experiencias de personas cercanas que padecen o han padecido cáncer, actitudes, entre otras) que influyen la psique de las personas. Sin embargo, con el surgimiento de la psicología positiva y sus investigaciones respecto al crecimiento postraumático, se brinda un panorama alentador y lleno de esperanza a quienes padecen la enfermedad, al registrarse la percepción de cambios positivos pese al acontecimiento traumático que supone el diagnóstico de cáncer de mama. Calhoun y Tedeschi (1996) confirman respecto a esto que los daños físicos y psicológicos que sufren las personas tras la experimentación de acontecimientos vitales negativos, les conlleva a

luchar en medio de las crisis que padecen, reluciendo así, un nuevo significado existencial de la vida y el surgimiento de múltiples formas de afrontarla, manifestando fortaleza y un cambio en la construcción actual de su historia. Es así como el crecimiento postraumático se entiende como la capacidad de aprender del acontecimiento vital traumático y beneficiarse del mismo. Sí bien es cierto que tras la vivencia de una experiencia traumática como el cáncer de mama se suelen experimentar emociones negativas, no se puede desconocer que estas también contribuyen a la existencia de emociones positivas que surgen bajo esa necesidad que tiene la persona de reducir el estrés y la ansiedad generado por el trauma, lo que implica que detrás de todas esas emociones positivas, haya un despliegue de estrategias cognitivas y conductuales que cambian acorde a la interacción entre el individuo y el entorno que de acuerdo a Lazarus y Folkman (1986) se van a terminar por constituirse en estilos de afrontamiento. De acuerdo a Páez et al (2011) para que se dé crecimiento postraumático es necesario la experimentación de emociones negativas, pues, estas coexisten junto con las emociones positivas. Es así como se entiende que las emociones positivas ayudan a contrarrestar las emociones negativas que se experimentan tras la experiencia de un suceso traumático.

Los hechos traumáticos puede resultar en múltiples beneficios como el crecimiento personal que se traduce en un proceso de introspección donde las personas toman conciencia de sus propias capacidades, fortalezas, alcances, limitaciones y resistencias, además de esto, la mejora en el conocimiento de sí mismas y de los otros, valoración de la vida, trayendo consigo esto, aprender a priorizar y a propender por un amor propio equilibrado y, por último, alcanzar cada vez más madurez y crecimiento espiritual (Páez et al, 2011).

Múltiples investigaciones son las que se han hecho a nivel mundial en torno al crecimiento postraumático en situaciones de desastres naturales, padecimientos de enfermedades biofísicas o psicológicas en población adulta, infantil y juvenil y estas han arrojado indicadores positivos de crecimiento postraumático. Al respecto, Villagrán, Reyes, Włodarczyk y Páez (2014) encontraron que tras el terremoto del 27 de Febrero de 2010 en Chile, las personas desarrollaron crecimiento postraumático (CPT) por medio de la resolución de problemas, a través de la reevaluación positiva de los hechos. De la misma manera se observaron conductas de regulación emocional adaptativa tales como caminatas al aire libre, irse de excursión o paseo, ejercicios, bromas y actividades de reunión y socialización que favorecen la integración social como mejoramiento emocional por encontrar apoyo en otras personas. Es así como las personas que han experimentado un acontecimiento vital traumático, que realizan actividades cotidianas de interés junto con otras personas, consiguen mayor bienestar y mejor calidad de vida, además del desarrollo de habilidades o destrezas que les favorecen en sostener una lucha continúa contra la situación traumática. Por su parte en Colombia se han encontrado evidencias de CPT sobre desastres naturales. García, Cova y Reyes (2014) determinaron que existe una relación entre crecimiento postraumático y niveles socioeconómicos en las personas que sufrieron diversas afectaciones como daño físico, pérdidas materiales y humanas, ya que el crecimiento postraumático se debe, para el caso en particular, al estado financiero de las personas que les permitió obtener recursos para mejorar su calidad de vida ante el suceso presentado.

Durante el 2015, en Colombia, se presentaron 79.600 nuevos casos de cáncer con una mayor incidencia en mujeres mayores de 65 años. El cáncer de mama (CaM) fue el cáncer femenino que ocupó el primer lugar por mortalidad en el país, siendo las regiones más afectadas la Andina, Caribe y Orinoquía, los departamentos con mayor aumento en la tasa de mortalidad

fueron Cesar, Córdoba y Arauca. Las capitales más urbanizadas del país fueron las que presentaron mayor incidencia debido a la exposición a factores de riesgo como: dieta alta en grasas y baja en fibras, obesidad, tabaquismo, primer embarazo a una edad tardía, poca práctica de la lactancia materna, baja paridad y uso de anticonceptivos orales (Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2017); el ser de raza negra en Colombia es un factor de riesgo para la incidencia, mortalidad y supervivencia del CaM (Instituto Nacional de Cancerología ESE e Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2017).

Coleman et al. (2008) y Sánchez, Niño y Estupiñan (2016) manifestaron que el cáncer de mama es uno de los cánceres con mejor pronóstico, pero su índice de mortalidad es alto, en particular, en los países poco desarrollados donde el índice de supervivencia es menor a un 40%. Por otra parte, Andrades (2015) encontró en una investigación que hizo que las personas que tenían estrés postraumático como producto de una enfermedad grave en la infancia, a lo largo del tiempo, desarrollaron crecimiento postraumático en el cual obtuvieron beneficios en el cambio personal, las relaciones con los demás y, una visión diferente del mundo frente a la ocurrencia del hecho. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 9 años y la edad promedio de participación en el estudio fue de 20 años, por lo cual, se demuestra la eficacia del crecimiento postraumático en el estudio donde se relacionó con el crecimiento postraumático recuperado frente al crecimiento postraumático continuo, ya que las personas que se recuperaron de la enfermedad informaron un crecimiento significativamente mayor que aquellos que tenían actualmente su enfermedad.

Las investigaciones anteriormente citadas muestran resultados de existencia de crecimiento postraumático en distintos eventos o acontecimientos traumáticos desde los cuales se perciben grandes cambios en la persona, en sus estilos de relación, en su apertura mental a la

vida y lo que implica el existir. Sin duda alguna, las personas a partir de los sucesos vividos y experiencias dolorosas reflexionan sobre sus potencialidades y su espíritu de lucha para enfrentar la vida, entendiendo que esta, supone la toma de decisiones permanentemente ante la crisis en la que sitúa la incertidumbre, que es su esencia. Este descubrimiento constante de fortalezas favorece la superación de adversidades, cualifica la relación con los demás, consigo mismo y las vuelve significativas, todo esto ocurre después de la experiencia del evento negativo. Se percibe un cambio espiritual y una valía por la vida. También, de acuerdo a las investigaciones antes citadas, los indicadores positivos de crecimiento postraumático se han hecho más por enfermedades terminales, desastres naturales que por cáncer de mamá. Es así que a razón de falta de información de crecimiento postraumático asociado al evento de cáncer de mama, se suscita la necesidad de explorar el (CPT) desde esa experiencia traumática que padecen muchas mujeres no solo en Colombia, sino en el mundo entero y que cobra tantas vidas. Los resultados de esta investigación pretenden dar a conocer el número de personas que experimentan crecimiento postraumático y como lo viven particularmente, desde el diagnóstico de cáncer de mama como forma de contribuir a la sociedades del conocimiento, siendo el conocimiento, la ventana de libertad que fortalece el espíritu humano y lo motiva a la diligencia por su propio bienestar y calidad de vida.

Esta investigación ha estado motivada porque en Colombia, específicamente, en la ciudad de Barranquilla es poca la revisión que se ha hecho frente al crecimiento postraumático en personas afectadas con cáncer de mama, por lo cual, resulta relevante continuar investigando acerca del tema desde la perspectiva de jóvenes y también adultos. En este sentido, esta investigación intenta responder a la pregunta: *¿Cuál es el crecimiento postraumático en*

supervivientes de cáncer de mamá de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla?

Justificación

La psicología se ha enfocado históricamente en las consecuencias negativas de los eventos estresantes. Con el surgimiento de la psicología positiva, se reorienta el enfoque de la investigación científica en psicología hacia la identificación de aquellos aspectos que permiten obtener dividendos positivos de las situaciones adversas (Lamas, 2004). Junto con el reconocimiento de la existencia de procesos de Crecimiento Postraumático (CPT) resulta fundamental, identificar y analizar aquellos factores o dimensiones que permiten predecirlo para llegar a conocer, los porcentajes o el número de personas que cada vez más llegan a experimentar una reevaluación positiva de su existencia tras el padecimiento de un evento traumático. Es así, como mediante el despliegue de procesos de identificación y análisis de los factores o dimensiones predictores de Crecimiento Postraumático (CPT) que se hace posible, la sistematización de experiencias que pudieran llegar a ser divulgadas con la valiosa intención de sensibilizar al pensamiento permanente orientado a motivar la formulación de estrategias psicosociales con las que se pretenda favorecer el afrontamiento de las condiciones en la que sitúa el cáncer de mamá a quienes lo padecen - procurando justamente desde esa impronta de lo psicosocial, el involucramiento de las organizaciones, profesionales, y otros actores de la sociedad en general en la conformación de redes de apoyo tal y como sugiere la teoría de fortalecimiento comunitario propuesta por Montero (2004) la cual supone el comisionamiento de todos los sistemas que conforman una sociedad hacia el trabajo por la salud mental desde el involucramiento de sus societarios en la producción y gestión del conocimiento social . El aumento de la creación de redes de apoyo donde se contemplen los principios de participación social y autogestión para el abordaje integral de enfermedades como el cáncer de mamá contribuirá al aumento del conocimiento social sobre dicho padecimiento y, por ende, a una

mayor consciencia social que favorezca la empatía, la compasión y la prosocialidad que se requiere en el gerenciamiento psicosocial de dicha afección oncológica.

Este proyecto de investigación pretende dar a conocer cuál es el crecimiento postraumático en pacientes adultas de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla diagnosticadas con cáncer de mamá para demostrar la percepción de cambios o beneficios positivos en dimensiones existenciales y cotidianas como Mejora en las relaciones con otros, las nuevas posibilidades, las fortalezas personales, la nueva valoración de la vida y el crecimiento espiritual pese a lo “traumático”, negativo o nocivo que supone el cáncer de mamá para la salud integral de quienes lo padecen. De esta manera, se espera sensibilizar y concientizar acerca de la importancia de la valoración de las potencialidades humanas como “arras” o capacidades intrínsecas que favorecen la supervivencia y la convivencia.

Por último, se espera que esta investigación sea la suma de esfuerzos frente al ejercicio científico de construir conocimiento que ayude a conformar consciencia social y afianzar la empatía social frente a la enfermedad y, además de esto, posibilite aportarle a la producción de conocimiento científico que favorezca el afrontamiento de la enfermedad.

Objetivos

Objetivo General

Describir el Crecimiento Postraumático (CPT) en supervivientes con cáncer de mamá de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla.

Objetivos Específicos

Identificar la mejora en las relaciones con otros en supervivientes con cáncer de mamá de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla.

Descubrir las nuevas posibilidades en supervivientes con cáncer de mamá de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla.

Valorar la fortaleza personal en supervivientes con cáncer de mamá de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla.

Describir la nueva valoración de la vida en supervivientes con cáncer de mamá de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla.

Evaluar el crecimiento espiritual en supervivientes con cáncer de mamá de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad de Barranquilla.

Marco Conceptual y Teórico

La psicología tradicional se había enfocado solamente en el estudio de los efectos nocivos de las experiencias traumáticas, ignorando por completo, el alcance o la capacidad que tienen los seres humanos para adaptarse y superar la adversidad. De acuerdo a Mateu, Gil y Renedo (2009) lo que resulta de la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores tanto individuales como ambientales se definen como resiliencia. Esta se constituye en la base conceptual sobre la cual se desarrolla la Psicología Positiva propuesta por Seligman (1999) quien, entre otras cosas, había dedicado gran parte de su vida académica al estudio de la indefensión aprendida y la psicopatología - siendo esta última - su contracara, al poner en evidencia, los dividendos positivos posteriores a un acontecimiento traumático. Estos dividendos o Cambios Positivos Percibidos (CPP) en el padecimiento de un acontecimiento traumático fue lo que más tarde, Tedeschi y Calhoun (2000) conceptuaron como Crecimiento Postraumático (CPT). Estos autores entre la década de los 80's y 90's mediante la modalidad de investigación denominada sistematización de experiencias, lograron evidenciar la ocurrencia de cambios psicológicos positivos en sobrevivientes de traumas o personas que vivenciaban situaciones adversas. De esta manera es como el constructo de Crecimiento Postraumático (CPT) tiene su razón de ser en las narrativas de personas que sostienen que, contrario a la condición de víctimas en que muchas veces las contempla la misma sociedad o inclusive, las mismas disciplinas científicas como la psicología y la psiquiatría, el padecimiento, el malestar o el dolor que trae consigo la situación traumática, las sitúa en un escenario de introspección que las conduce a identificar sus fortalezas, sus valores, prioridades en la vida, creencias y el aferrarse a la vida para reevaluarla desde la voluntad de sentido. Respecto a esto, autores como Abraham Maslow y Víctor Frankl, representantes de la psicología humanista, se convierten en los pioneros en

desarrollar líneas teóricas sobre modelos de crecimiento personal y confianza en las capacidades de adaptación de las personas.

La experiencia traumática es metafóricamente explicada como una catástrofe natural. Por ejemplo, luego de la ocurrencia de un sismo o un terremoto, la manera del ver el mundo o las metas personales llegan a reestructurarse, ya que las personas, hablando en términos neuropsicológicos, tienen la capacidad de reconfigurar sus estructuras cognitivas, valiéndose de los nuevos “basamentos” o aprendizajes adquiridos, dada la disrupción presentada, lo que los conduciría a la reducción de la angustia libre y con ella, el estrés, para posteriormente, afrontar y enfrentar nuevas crisis. Por consiguiente, el cambio producto de la experiencia traumática estará ligado al estrés de reconfigurar la manera de pensar. Una vez reconfigurada la manera de pensar, pasaría a transformarse en un aprendizaje, un cambio que va a permanecer en el tiempo y que le posibilitará el afrontamiento de situaciones adversas posteriores de manera más adaptativa (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004).

Conceptos asociados a Crecimiento Postraumático (CPT)

Cambios positivos percibidos, cambios psicológicos positivos, crecimiento asociado a estrés, búsqueda de sentido, optimismo, apertura a la experiencia y emociones positivas son algunos de los procesos relacionados con la noción de crecimiento postraumático (Cho y Park, 2013). En el crecimiento postraumático confluyen tanto factores individuales (lo cognitivo, lo emocional, la misma personalidad entre otras dimensiones) como ambientales (el orden social, las condiciones biofísicas, los estilos de relación desde lo sociocultural) que hay que considerar al momento de identificar sí lo hubo o no (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004). No obstante, de las categorías conceptuales mencionadas al principio, la que guarda mayor afinidad o se encuentra más relacionada con crecimiento postraumático es Crecimiento Asociado a Estrés, ya que, de

acuerdo a Park, Cohen y Murch (1996) este tipo de crecimiento significa el registro de dividendos positivos que resultan de acontecimientos vitales como p.e., muerte del cónyuge o pareja sentimental, cambio de situación económica, empezar o terminar el colegio, hijo o hija abandona el hogar, lesión o enfermedad grave, entre otros, por lo cual, se logra establecer que los predictores o las dimensiones que componen la Escala Crecimiento Relacionado con el Estrés (SRGS) propuesta por Park et al. (1996) son muy semejantes a los del Inventario de Crecimiento Postraumático propuesto por Tedeschi y Calhoun (1996) las cuales son a saber: (a) Relación con los demás (Apoyo social); (b) Nuevas Posibilidades (estrategias de reinterpretación y aceptación del hecho y el número de eventos positivos ocurridos recientemente en la vida de la persona); (c) Fuerza Personal (emociones positivas); (d) Cambio Espiritual (Religiosidad); y (e) Apreciación de la Vida (búsqueda de sentido basada en el aprendizaje adquirido tras el suceso traumático). En este sentido, se infiere que el crecimiento asociado a estrés amplía un poco más el horizonte para comprender e identificar la existencia de crecimiento postraumático ya que no sólo considera el análisis de los eventos traumáticos, sino que además, tiene en cuenta los estresores crónicos, pues, el establecimiento de los límites entre eventos traumáticos y estresores crónicos no están claramente establecidos; en la práctica, el crecimiento postraumático también se ha estudiado en poblaciones sometidas a estrés permanente y no solamente “traumatizadas” (Park et al. 1996).

El modelo de búsqueda de beneficios o *benefit-finding* en inglés, suscita que las adversidades impulsan a las personas a recordar (*benefit-reminding*) particular e intencionalmente, los beneficios que tales les pueden traer y, consigo, el establecimiento de las maneras para el manejo del estrés que resulta de estar expuestos a dichas adversidades (Affleck y Tennen 1996). Son múltiples las investigaciones científicas en psicología y sus diferentes campos de aplicación, puntualmente, las que tienen que ver con lo clínico y de la salud, las que

demuestran que las personas tras la experimentación de un acontecimiento traumático logran percibir cambios positivos (Frazier, Conlon y Glaser, 2001; Tedeschi y Calhoun, 1996,2004), llegándose a confirmar estos descubrimientos en otras culturas (Ho, Chan, Ho, 2004; Schroevers y Teo, 2008).

Otro concepto que tiene una estrecha relación con el crecimiento postraumático es el de resiliencia. Lo que los diferencia es que el CPT se refiere al desarrollo de la capacidad de adaptación que las personas desarrollan tras haber experimentado un acontecimiento traumático - mientras que la resiliencia - significa que, pese al grado de permeabilidad de la situación adversa en las dimensiones cognitiva, emocional y social de la persona, esta logra mantener el funcionamiento previo al afrontar la adversidad (Tedeschi y Calhoun, 1996; Vera et al., 2006).

Modelos de Crecimiento Postraumático

Como se ha mencionado anteriormente, el crecimiento postraumático cambio la forma de entender y conceptualizar el trauma, ya que se considera al ser humano como un agente activo, con fortalezas y capacidad de resistencia ante las adversidades e inteligencia para revalorarse y redefinirse así mismo, capaz de experimentar cambios positivos aun en medio de las luchas que suponen o traen consigo, las situaciones traumáticas. El concepto de CPT se acuña justamente cuando Calhoun y Tedeschi (1996, 2004) desarrollan en la Universidad de Carolina del Norte, el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI). Pese al desarrollo de esta herramienta científica, hay que reconocer que no todas las personas que experimentan una situación adversa o traumática perciben algún beneficio positivo o una oportunidad crecimiento (Sears, Stanton y Danoff-Burg, 2003).

El desarrollo teórico y experimental del concepto de CPT acuñado por Calhoun y Tedeschi (1996, 2004) al que llamaron después modelo transformacional de crecimiento se basó

en el modelo teórico socio-cognitivo propuesto por Janoff-Bulman (1992) denominado teoría de supuestos destrozados en el que se propuso también, que la experimentación de eventos traumáticos puede llegar a cambiar la visión de mundo que tienen las personas y las que estas tienen respecto de sí mismas. El modelo transformacional de crecimiento supone que un evento traumático provoca una crisis existencial que desencadena un proceso de “rumiación constructiva” asociado a la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad, es un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que ayuda a encontrar una explicación a lo ocurrido. Por su parte, Joseph y Linley (2006) propusieron la teoría de la valoración organísmica, en la que el estrés postraumático se determina como un indicador de procesos cognitivos normales y precursor de crecimiento (Joseph y Butler, 2010).

De acuerdo a Park (2004) el crecimiento postraumático puede resultar en la concepción de un estilo o estrategia de afrontamiento por parte del individuo frente a un evento doloroso o también, en un aprendizaje derivado del procesamiento cognitivo que ocurre en la situación estresante. Sin embargo, advierte que al momento de identificar y analizar el crecimiento postraumático, también es importante considerar múltiples factores como los rasgos de personalidad, aspectos socioculturales, ambientales, entre otros. Un estilo activo de afrontamiento, como la respuesta de búsqueda de información o espíritu de lucha, favorece la búsqueda de significado ante el diagnóstico de cáncer (Karanci, 2007; Lechner, Zakowski, Antoni, Greenhawt, Block K. y Block P., 2003; Bellizi y Blank, 2006).

Estudios realizados en pacientes oncológicos, particularmente, en pacientes con cáncer de mama muestran que las puntuaciones en crecimiento postraumático son muy altas en contraste con en poblaciones de mujeres que no padecen dicha afección oncológica (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001). Otras investigaciones confirman que la actividad

cognitiva y el apoyo social son factores que favorecen el crecimiento postraumático (Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox y Grana, 2004; Karanci, 2007; Weiss, 2004).

Baker, Kelly, Calhoun, Cann y Tedeschi (2008) crearon una versión opuesta del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) denominada desvalorización postraumática (depreciation posttraumatic) a fin de comprobar que los sobrevivientes a traumas valoraran al mismo tiempo consecuencias negativas y positivas posterior a la ocurrencia de un evento traumático. Como resultado se obtuvo que las personas reportaron cambios positivos y negativos a consecuencia del trauma, no obstante, el crecimiento fue mayor que la desvalorización postraumática. Otras investigaciones sobre CPT y desvalorización postraumática, encontraron que no había relación entre los cambios positivos y negativos percibidos, lo que sugiere la independencia entre estos procesos (Cann, Calhoun, Tedeschi y Solomon, 2010; Walter y Bates, 2012).

Una de las críticas que se le ha hecho a la investigación sobre el crecimiento postraumático tiene que ver con la validez de los cambios que reportan los sobrevivientes. Respecto a esta, se han contrastado las respuestas de autorreporte de crecimiento subjetivo con reportes de personas significativas para quien sufrió la tragedia. Se ha encontrado convergencia entre ambas medidas, lo que es un indicador de la validez del constructo CPT (Shakespeare-Finch y Barrington, 2012).

Otra de las inquietudes que han surgido en relación a la investigación del CPT es sí podía ocurrir en ausencia de trauma. Para resolverla, se desarrolló un estudio comparando las puntuaciones de cuestionarios de CPT de adolescentes que vivieron hechos estresantes y otros que no. Se estableció entonces, que el crecimiento no podía ser explicado por cambios simplemente normativos originados por la maduración (Taku, Kilmer, Cann, Tedeschi y

Calhoun, 2012), sino que dependía de las conclusiones que las personas obtuvieran sobre una experiencia adversa.

Prevalencia, Características del Evento y Crecimiento Postraumático

En Norteamérica, particularmente en Estados Unidos, un poco más de la mitad de las personas indican haber vivido uno o más acontecimientos potencialmente traumáticos (Peterson, Park, Pole, D'Andrea y Seligman, 2008).

En países suramericanos como Chile, cerca del cuarenta por ciento de las personas indica haber sufrido experiencias traumáticas (Pérez, Vicente, Zlotnick, Kohn, Johnson, Valdivia, y Rioseco, 2009).

Diversas experiencias de crecimiento han sido documentadas como resultado de diferentes tipos de traumas o eventos vitales negativos p.e., duelo, diagnóstico de VIH (Milam, 2004) o de cáncer (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001; Costa y Gil, 2008; Schroevers y Teo, 2008), enfermedades cardíacas (Senol-Durak y Ayvasik, 2010), accidentes de tránsito (Rabe, Zöllner, Maercker y Karl, 2006), accidentes cerebrovasculares (Gangstad, Norman y Barton, 2009), abuso o ataque sexual (Frazier, Conlon y Glaser, 2001), desastres naturales (Cryder, Kilmer, Tedeschi y Calhoun, 2006), entre otros.

En una revisión del estado del conocimiento sobre crecimiento y la revisión de diversos estudios, Cho y Park (2013) comentan que es un fenómeno reportado por la mayoría de las personas que sufren momentos adversos. Señalan que el crecimiento es reportado por entre el 55 y el 83% de las personas que vivencian traumas. Por otra parte, en una revisión de 39 estudios adelantada por Linley y Joseph (2004), se encontró que el crecimiento ocurre entre el 30 y 70% de las personas afectadas de eventos estresantes. Otra investigación con pacientes diagnosticados con VIH asegura que casi un 60% reportó cambios positivos estables en sus vidas luego de

recibir el diagnóstico (Milam, 2004). El asunto de interés principal en la investigación sobre crecimiento ha sido su relación con el tiempo transcurrido desde el evento. El crecimiento puede ocurrir inmediatamente luego del trauma o tiempo después, donde la persona ha podido reflexionar sobre lo ocurrido (Tedeschi y Calhoun, 1996). Estudios transversales muestran que las personas identifican cambios positivos en sus vidas tan pronto como 2 semanas luego de ocurrido un trauma (Cordova et al., 2001). En estudios longitudinales, se ha encontrado que la percepción de acontecimientos positivos tras el evento traumático se incrementa en las mediciones a lo largo de un año. Además, se encontró que las consecuencias negativas reportadas a partir del evento eran mayores en las primeras mediciones que en las últimas. El mayor crecimiento se daba entre la medición luego de 2 semanas y 2 meses desde que ocurrió el trauma (Frazier et al., 2001).

No se ha evidenciado diferencias importantes entre el crecimiento evaluado luego de un año o de cinco años tras un evento traumático (Costa y Gill, 2008; Taku et al., 2007).

Crecimiento Postraumático y Salud Mental

Tedeschi y Calhoun (1996) aseguran que una situación traumática es en sí misma, un desafío a las capacidades adaptativas de las personas que puede afectar su salud mental. Los factores individuales que inciden y comprenden la configuración de múltiples estilos de afrontamiento, impactan los niveles de bienestar, ajuste social y estrés, entre otras dimensiones del funcionamiento personal. Particularmente, la relación existente entre estrés y crecimiento ha generado gran interés dado que, según Zoellner y Maerckel (2006) existen teorías que sitúan en paralelo el TEPT con CPT. Algunos estudios revelaron que quienes mostraron mayor intensidad de los síntomas de trastorno por estrés postraumático, también presentaban los mayores niveles

de crecimiento – incluso - por varias décadas luego del trauma (Cieslak et al., 2009; Dekel y Nuttman-Scwartz, 2009; Holgersen, Boe y Holen, 2010).

De acuerdo a Hagenaars y Van Minnen (2010) la severidad de los síntomas de estrés en personas con trastorno por estrés postraumático está inversamente relacionada a crecimiento, en particular, aquellos síntomas del trastorno relativos a la insensibilidad emocional.

Resultados de asociación positiva y negativa entre crecimiento y estrés también fueron encontrados en revisiones sobre el tema que incluyen investigaciones con sobrevivientes de guerra, prisioneros políticos, víctimas de asalto y personas con lesión medular. En investigaciones longitudinales, las personas que presentaban un mayor CPT en las mediciones cercanas al evento, presentaban menos síntomas de estrés postraumático en las mediciones posteriores (Zoellner y Maerckel, 2006). Recientes investigaciones con muestras similares evidencian que quienes reportaron mayor sintomatología de estrés postraumático, obtuvieron las mayores puntuaciones en CPT posteriormente (Dekel, Ein-Dor y Solomon, 2012).

En búsqueda de modelos explicativos sobre la relación entre CPT y trastorno por estrés postraumático, se ha encontrado que las personas que prestan atención a información negativa relacionada con el trauma desarrollan con mayor probabilidad síntomas de estrés postraumático. Por su parte, quienes atienden información positiva de su experiencia, muestran mayores niveles de CPT (Chan, Ho, Tedeschi y Leung, 2011). Otros autores han encontrado una relación curvilínea entre estrés postraumático y crecimiento (Kane, 2009; Schroevers y Teo, 2008). Las explicaciones para ello suponen que el crecimiento genera estrés pues implica esfuerzos por adaptarse, pero cuando este alcanza niveles muy altos (Distrés) para la persona, impide la reflexión sobre los cambios positivos en su vida.

Otra relación de interés es la dada entre CPT y depresión, donde también se han obtenido resultados poco consistentes. Por ejemplo, en personas con VIH se encontró relación inversa entre CPT y depresión (Milam, 2004). Igual relación se encontró en pacientes que sufrieron accidentes cerebrovasculares (Gangstad et al., 2009). Por otra parte, en muestras de mujeres que sufrieron violencia de pareja, no se encontró relación entre CPT y síntomas depresivos (Cobb, Tedeschi, Calhoun y Cann, 2006). En estudios transversales con diversas muestras (por ejemplo, padres que sufrieron la muerte de un hijo, personas con lesión medular, pacientes con cáncer y sobrevivientes de guerra) no se encontró relación o la relación era inversa y leve (Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006; Linley y Joseph, 2004; McCaslin et al. 2009; Zoellner y Maerckel, 2006). En un estudio longitudinal con víctimas de asalto sexual, se encontró que quienes reportaban cambios positivos en su vida luego de un asalto en las mediciones iniciales (luego de 2 semanas), presentaban significativamente menores indicadores de depresión al cabo de un año (Frazier et al., 2001). Independientemente del tipo de evento traumático, se ha encontrado que el crecimiento se relaciona directamente con distrés y salud física e inversamente con depresión (Boals, Steward y Schuettler, 2010).

Crecimiento Postraumático y Cáncer de Mama

Pese a los grandes avances científicos en medicina, puntualmente, en la rama de la oncología, el cáncer es una enfermedad no transmisible que sigue siendo considerada por la comunidad científica como incurable. A pesar del desarrollo de tratamientos contra el cáncer, se sigue resaltando sus efectos mortales, dependientes, desfigurantes (morfológica, socioemocional y sociocognitivamente hablando), deshabilitantes, disruptivos y desconfortantes (Holland 1979 citado por Gili y Roca, 1996). Esta enfermedad maligna significa una cadena de sucesos que van desde el diagnóstico, la evaluación y la prescripción del tratamiento médico, terapias,

rehabilitación y supervivencia oncológica - está última - implica estar bajo la incertidumbre del cuándo finalizará el riesgo de amenaza.

Taylor (1983) fue el primero en describir cambios vitales positivos en supervivientes de cáncer. Los resultados de sus encuestas confirmaron que aproximadamente el 70% de las pacientes supervivientes de cáncer afirmaron un cambio en su vida tras ser diagnosticadas con cáncer. De dicho porcentaje, el 60% confirmó que el cambio había sido positivo, ya que, según las pacientes encuestadas, sólo el diagnóstico de la enfermedad se constituyó en un aprendizaje para tomarse la vida más fácilmente y disfrutar más de ella. La mayoría de los resultados de trabajos de investigación que se han emprendido desde el campo de la psicooncología confirman que la mayoría de las supervivientes de cáncer perciben beneficios positivos tras el diagnóstico y curso de la enfermedad como p.e., fortalecimiento de vínculos afectivos de naturaleza familiar e interpersonal, búsqueda de beneficios existenciales (benefit-finding en inglés) al acoger una postura religiosa o espiritual desde la cual se procure buscar y sujetarse a razones para mantener la voluntad de sentido durante el ciclo vital, estímulo para esforzarse en procurar actitudes y emociones positivas frente a las situaciones adversas para sobrellevarlas. En este sentido, Cordova et al. (2001) encontró que las supervivientes de cáncer de mama manifestaban que, tras el diagnóstico, aprendieron a valorar sus relaciones sociales, particularmente, lo que respecta a la importancia de construir vínculos y la vida misma en contraste a lo que manifestaban grupos de mujeres sanas.

Otros estudios exploratorios en pacientes con cáncer de mama demuestran que su participación en grupos de apoyo para la reducción del estrés y mejora de la calidad de vida aumentaba la actividad de recuerdo de beneficios percibidos durante la experiencia oncológica vivida (Antoni, Lehman, Kilbourn, Boyers, Culver, Alferi, y Carver, 2001; Cruess, Antoni,

McGregor, Kilbourn, Boyers, Alferi, 2000). En otro estudio reciente se observan cambios positivos entre el 50 a 60% de las pacientes con cáncer de mama (Joseph and Linley 2008).

No hay que desconocer que la mutilación física parcial o total del seno, el deterioro o cambio de la morfología corporal, la sensación de incapacidad para seguir viviendo, la representación social acerca de la muerte, son factores biopsicosociales que pueden llegar a sobrepasar los recursos cognitivos y socioemocionales de los que disponen las supervivientes de cáncer, pudiendo llegar a constituirse, en factores que ponen en riesgo o amenazan el funcionamiento personal de las pacientes en las dimensiones familiar, económica y social. Al respecto, Osborne, Elsworth y Hopper (2003) señalan la necesidad de establecer la prevalencia y la severidad de malestar psicológico en la supervivientes de cáncer de mama que hayan sido sometidas a tratamientos quirúrgicos, radioterapéuticos y quimioterapéuticos para entrar a predecir las que probablemente, puede presentar un alto riesgo de padecimiento de trastornos afectivos, a fin de delimitar con precisión, aquellos objetivos de las intervenciones psicológicas. Por su parte, Mystakidou, Tsilika, Parpa, Katsouda, Galanos y Vlahos (2005) aseguran que los trastornos psicológicos más prevalentes en la población superviviente de cáncer son la ansiedad, la depresión y desordenes del sueño razón por la cual, resulta crucial la detección de dichos trastornos para la determinación de adecuados tratamientos psicológicos y farmacológicos para la disminución de riesgos que amenazan el equilibrio en el funcionamiento personal.

Las causas principales de la ansiedad en pacientes con cáncer de mamá son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución o curso de la enfermedad, las creencias sociales respecto a la misma, el sufrimiento propio y familiar, dificultad al momento de verbalizar sentimientos y expresar emociones, miedos y preocupaciones, sensación de pérdida de control,

los problemas económicos que puede originar el tratamiento de la enfermedad y crisis existenciales asociadas a la espiritualidad (Knapp y Delgado,1990).

Zelek, Llombart-Cussac, Terrier, Pivot, Guinebretiere y Le Pechoux C et al. (2003) afirman que el tipo histológico, el tamaño y el grado del tumor son las características patológicas del cáncer que se constituyen en los factores principales de pronóstico para la supervivencia a esta enfermedad. No obstante, la puntuación en la subescala de depresión del instrumento denominado Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS, Zigmond y Snaith, 1983) tras el diagnóstico de cáncer de mama puede considerarse, según Walker, Heys, Walker MB, Ogston, Miller, Hutcheon et al (1999) un factor de pronóstico para la respuesta al tratamiento, ya que, cuanto mayor es el puntaje, peor es la respuesta – especialmente- si le debe practicar quimioterapia, siendo además, independiente del tamaño del tumor. De la misma manera, las mujeres que se encuentran en las primeras fases del diagnóstico de cáncer de mama presentan puntuaciones elevadas de depresión y, en consecuencia, un mayor riesgo de mortalidad en los primeros cinco (5) años de seguimiento (Angelino y Treisman, 2001; Watson, Haviland, Greer, Davidson y Bliss 1999) – inclusive- cuando el tumor se detecta en estudios poco avanzados (Hjerl, Andersen, Keiding, Mouridsen, Mortensen y Jorgensen, 2003). De estos análisis pueden derivar criterios terapéuticos importantes y la determinación de tratamientos psicológicos para la depresión como comorbilidad del cáncer.

Crecimiento Postraumático y sus Variables Sociodemográficas y Culturales

Tedeschi y Calhoun (1996) resaltan algunas diferencias por género, puntualmente, en las dimensiones de cambio espiritual y relación con otros, siendo las mujeres, las que más recurren a este tipo de factores protectores para afrontar el trauma. También, Anderson y López-Báez

(2008), Milam (2004) y Park et al. (1996) confirman que las mujeres son las que más reportan consistentemente un mayor CPT que los hombres; no obstante, en algunas investigaciones no se ha observado relación entre género y crecimiento (Linley y Joseph, 2004). Respecto a la dimensión de cambio espiritual, en Occidente p.e., el sufrimiento juega un rol importante en el sistema de creencias de las religiones, ya que estas aconsejan sobre la manera en que las personas dan sentido a los eventos de dolor y sufrimiento (Milam, 2004). La atribución de sentido al sufrimiento o sólo el hecho de buscarle explicación, favorece el desarrollo de CPT (Park et al., 1996; Proffitt, Cann, Calhoun y Tedeschi, 2007; Tedeschi y Calhoun, 1996). En un estudio realizado en pacientes diagnosticados con cáncer que se reconocían adherentes de alguna creencia religiosa como islam, budismo, cristianismo, hinduismo, confucionismo, entre otras, se halló que el CPT estaba relacionado a estrategias de afrontamiento basadas en la fe religiosa (Schroevers y Teo, 2008). Las personas que atribuyen poder superior a cualquier dios presentan mayor CPT luego del fallecimiento de una persona cercana (Cadell, Regehr y Hemsworth, 2003)

Otras apuestas investigativas han mostrado que la participación en comunidades religiosas por sí sola no se relaciona con el CPT; los autores sugieren que las personas requieren disponer de una actitud de apertura a dar sentido a su experiencia a través de la fe para que ocurra el crecimiento (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 2000)

A nivel cultural, se ha encontrado que personas de diferentes culturas reportan CPT (Ho et al., 2004; Schroevers y Teo, 2008), por ejemplo, en estudiantes japoneses (Taku, et al., 2012), inmigrantes latinoamericanos (Weiss y Berger, 2006), malasios (Schroevers y Teo, 2008), australianos (Shakespeare-Finch y Copping, 2006), chinos (Ho, Chu y Yiu, 2008), turcos (Önder, 2012), entre otros. No obstante, los niveles de crecimiento en las distintas dimensiones no son iguales entre las culturas p.e., los estudiantes japoneses muestran menor puntaje en crecimiento y

cambio espiritual que en muestras norteamericanas (Taku et al., 2012). Particularmente los hombres japoneses tienen menores puntajes en las dimensiones de fortaleza personal, apreciación de la vida y cambio espiritual (Taku, 2012). Una vez más, los resultados no son enteramente consistentes, Shigemoto y Poyrazli (2013), compararon a estudiantes universitarios de Estados Unidos y Japoneses en síntomas de TEPT, rasgo de personalidad (optimismo, evitación y hiperexcitación) y CPT, encontrando resultados similares para ambos grupos en todas las variables.

Los factores culturales también parecen relacionarse con diferencias en las dimensiones que son identificables en el CPT. En muestras latinas, los 5 factores originales del instrumento más utilizado para medir CPT se fusionaron en tres, llamados cambio en la filosofía de vida (que incluye ítems de los factores originales de cambio espiritual y fortaleza personal), actitud positiva hacia la vida (que incluye ítems de las dimensiones originales de fortaleza personal y nuevas oportunidades) y relaciones interpersonales (Weiss y Berger, 2006). En Chile, el CPT igualmente presentó una estructura de tres factores, sin embargo, el modelo que presentó un mejor ajuste fue el de los factores de cambios en la filosofía de vida, en la autopercepción de la fortaleza personal y en la relación con otros, sin embargo, se sugirió revisar la correspondencia entre los factores y su definición respecto al contenido de los ítems (García, Cova y Melipillán, 2013).

Crecimiento Postraumático y Personalidad

Morris y Greer (1980) confirman que las principales variables de personalidad que se habían relacionado con el desarrollo y/o progresión del cáncer son las que se encuentran descritas en la del tipo “C”. El factor que confirmaría la personalidad tipo “C” en pacientes con cáncer, sería la relación que establece entre un afecto negativo bajo y un alto afecto positivo, esto

significa el grado en que las personas proclives al cáncer reprimen sus emociones negativas (ira, cólera, agresividad) o, por el contrario, muestran una alta expresividad de emociones positivas tales como el amor, cariño, solidaridad, entre otras (Contrada, Leventhal y O'Leary 1990) con el posterior desarrollo del cáncer (Grossarth-Maticek, Kanazir, Schmidt y Vetter 1982) o con un peor pronóstico de la enfermedad (Jensen, 1987; Wirsching, Stierlin, Hoffmann, Weber y Wirsching, 1982).

Estudios de la década de los 90s demostraron que la personalidad es más potente para predecir los trastornos psicológicos que los eventos externos, tales como enfermedades o acontecimientos vitales involuntarios. Por lo tanto, la fuerte influencia de la personalidad en el bienestar subjetivo en general y sobre los mecanismos de afrontamiento en el caso de los eventos adversos en la vida, se ha encontrado ahora en pacientes con cáncer de mama también (Ormel, Schaufeli y Wohlfarth, 1991).

Otras investigaciones señalan que al valorar el crecimiento y optimismo en eventos traumáticos de salud como p.e., el de personas diagnosticadas con alguna enfermedad incurable, se ha identificado que estas perciben la amenaza de su salud como algo que pueden manejar y, esta cualidad de dominio o de autogestión sobre la enfermedad pudiera ser predictora de mayores niveles de optimismo que también predice un nivel exponencial de crecimiento postraumático (Bostock, Sheikh y Barton, 2009).

Las personas con alta autoestima presentan mayores niveles de crecimiento postraumático (Engelkemeyer y Marwit, 2008). Otros estudios confirman que el pesimismo presenta una asociación inversa al crecimiento postraumático (Milam, 2004). En contraste al optimismo, los estudios de personas con problemas de salud muestran que la expectativa de resultados positivos permite interpretar favorablemente las consecuencias de su situación.

Igualmente, las personas que puntúan con mayor locus de control interno reportan más beneficios percibidos de su enfermedad frente a quienes presentan un estilo atribucional externo (Affleck y Tennen, 1996).

Por otro lado, la apertura a la experiencia como rasgo de personalidad ha mostrado relación directa con las dimensiones de cambio de filosofía del crecimiento postraumático (Önder, 2012)

Evaluación del Crecimiento Postraumático

Tedeschi y Calhoun (1996) desarrollaron el Inventario de Crecimiento Postraumático CPI (Posttraumatic Growth Inventory PTGI) que comprende de 5 dimensiones desde las cuales se espera identificar, analizar y determinar si hubo o no crecimiento postraumático. Tales dimensiones son: relación con otros, nuevas posibilidades, fortaleza personal, cambio espiritual y apreciación de la vida.

La dimensión cambios en la relación con otros significa un sentimiento de mayor altruismo, compasión o relaciones interpersonales más estrechas o con fuertes vínculos afectivos. La valoración de nuevas posibilidades es la segunda dimensión del Inventario de Crecimiento Postraumático CPI que indica la disposición de las personas a aprovechar su experiencia y transformarla en oportunidad p.e., de brindar apoyo a otros o mostrar conductas prosociales. Por su parte, la de fortaleza personal se refiere a los cambios en la percepción de sí mismo que incluye un sentimiento de mayor confianza en las propias capacidades. Los cambios espirituales o en la filosofía de vida es la cuarta dimensión que tiene que ver con un sentimiento de fortalecimiento o cambio de creencias religiosas o espirituales que le transmite bienestar a quien lo percibe. Por último, la dimensión apreciación de la vida hace referencia a cambios en las

prioridades o valoración de aspectos que antes eran desapercibidos por las personas (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004).

Taku, Cann, Calhoun y Tedeschi (2008) buscaron nuevas evidencias sobre la estructura factorial del instrumento. Para ello, utilizaron un análisis factorial confirmatorio en 3 modelos. El modelo 1 supuso que los 21 ítems de la escala se asociaban a un factor general de crecimiento postraumático. El modelo 2 propuso la existencia de tres factores de segundo orden de acuerdo a sugerencias teóricas, compuesto por las dimensiones cambios en la percepción de sí mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la filosofía de vida. El tercer modelo correspondió a la propuesta original de cinco dimensiones. Los análisis confirmaron la estructura del CPI de cinco factores. Resultados similares obtuvieron Brunet, McDonough, Hadd, Croker y Sabiston (2009)

En muestras chilenas, la estructura factorial del cuestionario fue evaluada evaluando modelos de uno, tres y cinco factores, de acuerdo a lo sugerido por varios estudios. Se encontró un mejor ajuste en un modelo jerárquico de un factor de segundo orden y tres de primer orden (cambios en la filosofía de vida, en la autopercepción de la fortaleza personal y en la relación con otros), que coinciden en gran medida con el modelo 2 evaluado por Brunet y su equipo (García et al., 2013)

La validez de las medidas de crecimiento ha sido puesta en duda dado que la mayoría de los estudios se basan en auto-reportes (Cho y Park 2013). Respecto a esto, se han desarrollado instrumentos para medir el crecimiento a través de la valoración que otras personas significativas hacen de la persona que sufrió el trauma y sus cambios conductuales, encontrándose que el crecimiento reportado por otros es consistente con el crecimiento auto-reportado en la mayoría

de las dimensiones – excepto - en la dimensión de fortaleza personal (Shakespeare-Finch y Barrington, 2012).

Otros indicadores de validez han sido obtenidos de medidas psicofisiológicas. Así, se ha encontrado relación entre los resultados de la escala de crecimiento postraumático e indicadores fisiológicos. Milam (2004) en una muestra de pacientes con VIH encontró que las personas que reportaban mayor crecimiento postraumático mostraban indicadores fisiológicos de salud más altos que aquellos que no identificaban consecuencias positivas de su enfermedad.

Por otra parte, Rabe et al. (2006) hallaron que la activación cortical pre-frontal se asoció directamente a los resultados en la escala de crecimiento postraumático al controlar los factores emocionales disposicionales. Todas las dimensiones del instrumento, excepto cambios en las creencias religiosas, se relacionaron positivamente con actividad de la corteza fronto-central izquierda.

Marco Legal

Constitución Política de Colombia

Artículo 49º: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Artículo 19º “Se garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva. Todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley”

Ley 1090 de Septiembre 06 de 2006 Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia

Artículo 1º “La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida”

Artículo 4º “El psicólogo podrá ejercer su actividad en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios, en instituciones o privadamente. En ambos casos podrá hacerlo a requerimiento de especialistas de otras disciplinas o de personas o instituciones que por propia

voluntad soliciten asistencia o asesoramiento profesional. Este ejercicio profesional, se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario”

Ley de salud mental 1616 del 2013

Artículo 1°. “El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”

Artículo 3°: “La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas”.

Artículo 7° “El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes

territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación. Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos. El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo. El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo”

Artículo 8° “El Ministerio de. Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras. Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas

mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes. El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de salud y Protección Social, diseñarán acciones intersectoriales para que, a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental. Las acciones consignadas en este artículo tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el mejoramiento continuo, así como la gestión del conocimiento, investigación e innovación”

Artículo 11º: “La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

Ley 10 de 1990

Artículo 2º: “La asistencia pública en salud, como función del Estado se presta en los términos del Artículo 19 de la Constitución Política, directamente, por las entidades públicas o a través de las personas privadas, conforme a las disposiciones previstas en esta ley. En desarrollo de las facultades de intervención de que trata el artículo 1º, serán definidas las formas de prestación de la asistencia pública y los criterios para definir las personas imposibilitadas para trabajar que carezcan de los medios de subsistencia y derecho a ser asistidas por otras personas. Para tal efecto, todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas

a presentar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios, en los términos que determine el ministerio de salud.

Artículo 3°. Principios que rigen el servicio de salud:

Universalidad: Todos los habitantes en el territorio nacional tienen derecho a recibir la prestación de servicios de salud.

Participación ciudadana: Es deber de todos los ciudadanos, propender la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios en salud.

Participación comunitaria: La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta ley y en sus reglamentos.

Subsidiariedad: Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar, transitoriamente, servicios correspondientes a niveles inferiores, cuando las entidades responsables de estos últimos, no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue la calificación, conforme a lo previsto en la presente ley.

Complementariedad: Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar servicios correspondientes a niveles superiores, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita y atiendan debidamente el nivel que les corresponde, previa aprobación del Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue, conforme a lo previsto en la presente Ley.

Integración funcional: Las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud concurrirán armónicamente a la prestación del servicio público de salud, mediante la integración de sus funciones, acciones y recursos, en los términos previstos en la presente Ley.

Marco Ético

Resolución 8430 de 1993 Declaración Helsinki para las Ciencias de la Salud

Artículo 5º “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”

Artículo 17º “Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades. Las investigaciones, referidas a la salud humana, en comunidades, serán admisibles cuando el beneficio esperado para éstas sea razonablemente asegurado y cuando los estudios anteriores efectuados en pequeña escala determinen la ausencia de riesgos”

Artículo 19º “Cuando los individuos que conforman la comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, el Comité de Ética en Investigación de la entidad a la que pertenece el investigador principal, o de la Entidad en donde se realizará la investigación, podrá autorizar o no que el Consentimiento Informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no obtener autorización por parte del Comité de Ética en Investigación, la Investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria”

Artículo 21º “Para la investigación en comunidad garantizar medidas de protección y proteger la información de los resultados. En todas las investigaciones en comunidad, los diseños de investigación deberán ofrecer las medidas prácticas de protección de los individuos y asegurar la obtención de resultados válidos acordes con los lineamientos establecidos para el desarrollo de dichos modelos”

Metodología

Se consultaron diferentes bases de datos científicas para filtrar en documentos como artículos de investigación científica, libros, revistas indexadas, entre otros recursos bibliográficos, información pertinente al objeto de estudio de esta investigación que es crecimiento postraumático en pacientes con cáncer de mama. A continuación, se especifican los métodos, las técnicas y los instrumentos que se tuvieron en cuenta para recolectar los datos, así como el enfoque, tipo de investigación o diseño, características sociodemográficas de la población, entre otros aspectos metodológicos.

Enfoque de la Investigación

Esta es una investigación cuantitativa, ya que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006) “El planteamiento del problema expresa la intención de recoger y analizar datos cuantitativos” que permitan describir cuál es el crecimiento postraumático en supervivientes de cáncer de mama de la Fundación Voces de Esperanza en la ciudad como respuesta a la pregunta de investigación.

Diseño de la Investigación

Esta es una investigación de tipo no experimental de corte transversal y alcance descriptivo, por tanto, el objetivo es brindar un análisis cuantitativo de las propiedades y las características del crecimiento postraumático en una muestra poblacional de pacientes con cáncer de mamá que pertenecen a una institución prestadora de tratamientos oncológicos de orden senológico. Al respecto, Hernández, Fernández y Baptista (2006) expresan que en este tipo de investigaciones “Se pretende recolectar datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar para describirlo. Este tipo de estudios no le interesa indicar como se relacionan las variables medidas” (p.102), por lo tanto, se trata de un

estudio Ex post facto es decir, describir lo que ya ha ocurrido, esto es, una población de pacientes que ya han padecido los embates del cáncer.

Muestra Poblacional

La muestra está compuesta por 35 pacientes adultas con cáncer de mamá entre los 29 y 70 años de edad por lo tanto, se trata de una muestra no probabilística por conveniencia ya que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006) este tipo de muestra se seleccionan por parte de los investigadores al tener facilidad de acceso a las pacientes que sólo se encuentra bajo el diagnóstico de cáncer de mamá.

Técnicas e Instrumentos

Encuesta: Para aplicar el cuestionario sociodemográfico y el inventario de crecimiento postraumático (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p.275)

Cuestionario sociodemográfico: Con la aplicación de este instrumento se pretende registrar los datos básicos de la población objeto de estudio (Género, edad, estudios básicos o superiores, registro del evento, entre otros datos que sean pertinentes para responder a la pregunta de investigación).

Escala o inventario de crecimiento postraumático: De acuerdo a Calhoun y Tedeschi (1999) esta escala evalúa los beneficios percibidos y consecuencias positivas que reportan las personas luego de experimentar una situación adversa. Considerado la versión traducida por Vázquez et al (2006) esta escala consta de 21 ítems agrupados en cinco (5) dimensiones: Mejora en relaciones con otros, nuevas posibilidades, fortaleza espiritual, nueva valoración de la vida y crecimiento espiritual. La modalidad de respuesta es de tipo Likert de seis (6) alternativas, donde cero (0) equivale a ningún cambio y cinco (5) a un cambio muy importante. Los 21 ítems del inventario brindan una panorámica del crecimiento postraumático de las personas donde

puntuaciones globales superiores a 72 muestran un crecimiento entre normal y moderado, puntuaciones de 82 un cambio importante y las que sean inferiores a 62 muestran un cambio ligero.

La consistencia interna para la escala original total es $\alpha=0,90$; relación con otros $\alpha=0,85$; nuevas posibilidades $\alpha=0,84$, fortaleza personal $\alpha=0,72$, cambio espiritual $\alpha=0,85$ y apreciación de la vida $\alpha=0,67$. La confiabilidad test retest (dos meses) fue de $r=0,71$ (Tedeschi y Calhoun, 1996). En Chile, el instrumento completo presentó un alfa de Cronbach de $\alpha=0,95$. En cada factor, la confiabilidad fue la siguiente: autopercepción de fortaleza $\alpha=0,92$, relación con otros $\alpha=0,89$, y cambio espiritual $\alpha=0,80$.

Definición de variable conceptual: De acuerdo a Calhoun y Tedeschi (1999) cuando se habla de crecimiento postraumático se hace referencia al cambio(s) positivo (s) que una persona puede llegar a experimentar como consecuencia o resultado de un proceso de lucha que se suscita a partir de la vivencia de un suceso traumático y se valora teniendo en cuenta las 5 dimensiones del inventario de crecimiento postraumático a saber:

Mejora en relación con otros: Para calcular el total de esta dimensión se tienen que sumar los ítems 6, 8, 9, 15, 16, 20 y 21. Esta evalúa el hecho de que la persona se sienta más unida y cercana a los demás ante las dificultades, sienta compasión y propenda por estilos de relación marcados por la prosocialidad.

Nuevas posibilidades: Implica a la retoma de aquellos proyectos o sueños que se creían inalcanzables y es la situación postrauma la que potencia nuevos caminos para alcanzarlos. Justo en la situación postraumática se fortalece la capacidad de crecimiento asociada a adaptabilidad, lo cual otorga aptitudes a la persona para hacer mejores cosas. Para calcular esta dimensión se deben sumar los ítems 3, 7, 11, 14 y 17.

Fortaleza personal: Se refiere a las competencias que poseen las personas para emprender o crear nuevos proyectos que favorezcan el bienestar y la calidad de vida, afianzándose así, nuevas competencias para el fortalecimiento de la capacidad de afrontamiento antes las situaciones de la vida y la resolución de crisis o conflictos, lo cual permite la retoma de la conciencia de esas potencialidades humanas para desplegarlas constantemente en procura de aceptar y asumir con excelencia los retos de la vida. Se deben sumar los ítems 4, 10, 12 y 19.

Nueva valoración de la vida: A partir del tránsito por la experiencia traumática la persona reordena y reorganiza su brújula interior, adquiere mayor apertura mental y una nueva voluntad de sentido que se expresa en humildad para vivir un día a la vez sin sentimientos fatalistas. De manera que le otorga gran valor a la vida, sufre cambios en cuanto a su ser interior, esto es, su autoestima, escala de valores, priorizar el bienestar propio para apreciar con entendimiento emocional el de los demás. Todo lo cotidiano gira en torno al aprecio significativo por la existencia y la vitalidad. Para calcular esta dimensión han de tenerse en consideración los ítems 1, 2 y 13.

Crecimiento espiritual: Tiene que ver con la búsqueda de significado existencial desde la elaboración de explicaciones propias acerca de los acontecimientos vitales tomando como referencia una o varias expresiones o prácticas religiosas, formándose así, estilos de vida con los que se asume desde la espiritualidad, cada vivencia, cada circunstancia, cada día. Se suman para calcular esta dimensión los ítems 5 y el 8.

Definición de la variable operacional: Esta variable está estrechamente relacionada con la conceptualización del objeto de esta investigación, por tanto, se ajusta y se adapta al contexto al que hace referencia.

Tabla 1*Crecimiento Postraumático (Colhoun y Tedeschi, 1999)*

Dimensiones	Ítems
Mejora en las relaciones con otros	6.- Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis y necesidad 8.- Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás 9.- Estoy más dispuesto a expresar mis emociones o manifiesto las emociones de forma más espontánea 15.- Tengo o siento más compasión hacia los demás 16.- Aporto o pongo más energía en las relaciones personales 20.- He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser 21 - Acepto mejor el hecho necesitar a los demás
Nuevas Posibilidades	3.- Tengo o he desarrollado nuevos intereses 7.- He construido un nuevo rumbo o caminos de vida 11.- Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida 14.- Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que de no haber pasado esto no habrían sucedido 17.- Estoy más dispuesto a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben ser cambiadas
Fortaleza Personal	4.- Tengo más confianza en mí mismo 10.- Siento que puedo arreglármelas mejor en los momentos difíciles 12.- Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida o puedo aceptar mejor las cosas como vienen 19 - He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba
Nueva valoración de la vida	1.- He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que

Crecimiento espiritual	es importante en la vida 2.- Aprecio más el valor de mi vida o la valor más 13.- Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día 5.- Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente 18.- Tengo más fe religiosa
------------------------	---

Resultados

Propiedades Psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático

En la Tabla 2 se detallan los coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach de las escalas y subescalas del ICPT.

Tabla 2

Coeficientes de consistencia interna de ICPT

Instrumento	Coeficiente α de Cronbach
ICPT	0,97
Mejora en la relaciones con otros	0,95
Nuevas posibilidades	0,85
Fortaleza personal	0,94
Nueva valoración de la vida	0,70
Crecimiento espiritual	0,95

Caracterización Sociodemográfica

Tabla 3

Distribución por edades de la población

Edad	Valores
Mínima	29
Media	53,43
Máxima	70

Las supervivientes evaluadas en este estudio se encuentran entre los 29 y 70 años, con una edad promedio de 53, 42 años.

Tabla 4*Creencias religiosas*

Religión	No.
Católica	29
Cristiana	5
Pentecostal	1

Resultó pertinente considerar la dimensión espiritual en este estudio, ya que no se puede desconocer que el ser humano es un ser espiritual y a través de esa espiritualidad, dinamiza o gestiona su ser físico, mental y social, por lo cual, la espiritualidad se constituye en un fundamento importante para construir estilos de afrontamiento que potencializan la adaptación a ciertas condiciones o situaciones vitales (Galvis y Pérez, 2011).

Tabla 5*Perfil de la muestra*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Estado Civil</i>		
Casado	9	25,7
Separado/Divorciado	5	14,3
Soltero	9	25,7
Unión Libre	11	31,4
Viudo	1	2,9
<i>Educación</i>		
Básica Primaria	6	17,1
Básica Secundaria	16	45,7
Post-grado	3	8,6
Tecnología	6	17,1
Universitario	4	11,4
<i>Ocupación</i>		
Ama de Casa	20	57,1
Desempleado	2	5,7
Empleado	1	2,9
Jubilado/Pensionado	5	14,3
Trabajador Independiente	6	17,1
Trabajador y Estudiante	1	2,9
<i>Estrato Socioeconómico</i>		
Cuatro (4)	3	8,6
Dos (2)	13	37,1
Tres (3)	8	22,9
Uno (1)	11	31,4
<i>Sistema de Salud</i>		
EPS	35	100
<i>Apoyo Social</i>		
No	11	31,4
Sí	24	68,6

Fawcett (1990) citado por Montero (2004, p.63) menciona que en la interacción entre la conducta de la gente (en los territorios, las organizaciones y las subculturas que definen la comunidad de interés) y los acontecimientos del ambiente físico y social (del contexto próximo y más amplio) se encuentran presentes variables de carácter macro-estructural tales como las condiciones de empleo y de subempleo, la pobreza, las dificultades para atender a las necesidades básicas de la vida cotidiana (cuidado de infantes; inseguridad; falta de escuelas, p.e.) y otras tales como la información sobre oportunidades de trabajo, la existencia de redes de apoyo y los nexos que ellas puedan crear para cambiar condiciones específicas de vida. En este sentido, el desarrollo y la adaptación humana de acuerdo a esta perspectiva teórica de la conducta están dados por la interacción entre individuo y entorno y como esta interacción puede potencializar la transformación de las condiciones de las situaciones en oportunidades para el favorecimiento del fortalecimiento personal.

Tabla 6*Generalidades del Diagnóstico Cáncer de Mama*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<i>Estadio del Diagnóstico</i>		
Estadio I	4	11,40%
Estadio II	20	57,10%
Estadio III	7	20,00%
Estadio IV	4	11,40%
<i>Fase Diagnóstica</i>		
Diagnóstico	2	5,70%
Intervalo libre de enfermedad	13	37,10%
recidiva	1	2,90%
Tratamiento	19	54,30%
<i>Tipo de Tratamiento</i>		
Hormonal	5	14,30%
Otro	8	22,90%
Quimioterapia	22	62,90%
<i>Cirugía de Mama</i>		
No	12	34,30%
Sí	23	65,70%

De acuerdo a Lechner y cols. (2006) la relación entre beneficio percibido y severidad del acontecimiento traumático, algunos estudios tratan de establecer una relación curvilínea, pacientes con estadio dos (2) de la enfermedad informan de más beneficio percibido que pacientes con estadio uno (1) o cuatro (4).

De acuerdo a la Tabla 6 se aprecia que la mayoría de las pacientes de este estudio, esto es, el 57, 10 % (20 pacientes) se encuentran en el estadio dos (II) o loco-regional, lo que significa la existencia de un tumor que ha afectado gran parte de los ganglios linfáticos de la mama, lo cual, concluye en la adherencia intensiva a algún tipo de tratamiento oncológico, por lo cual, se explica que (54,30%), o sea, una gran mayoría, se encuentre en la fase de tratamiento oncológico. Al respecto, algunos estudios señalan que son las mujeres las que perciben más beneficio tras el diagnóstico o tratamiento oncológico (Jaarsma y cols., 2006; Garboon y cols., 2005).

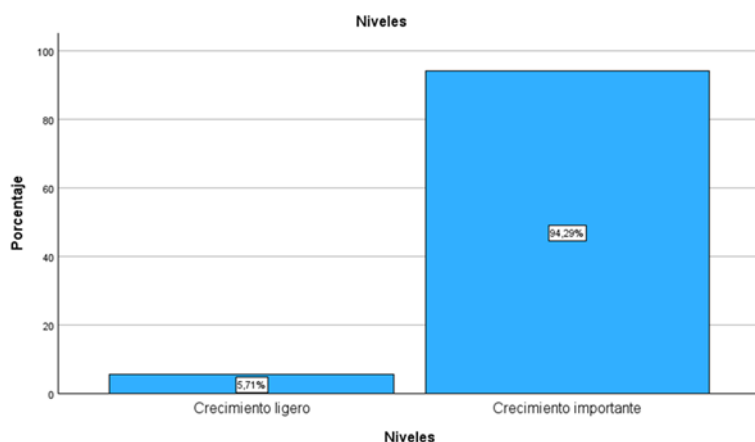
Por otra parte, se observa que el tipo de tratamiento oncológico más recurrente es la quimioterapia. En este sentido, Cordova y cols. (2001); Calhoun y Tedeschi (2006) Jaarsma y cols. (2006) infieren que durante el primer año tras el diagnóstico del cáncer, la persona queda con un primer impacto emocional y absorbida por el tratamiento oncológico, necesita un tiempo para asumir y madurar el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad.

Por último, el 65, 70% de las pacientes de este estudio han sido sometidas a una mastectomía parcial y sólo un 34, 30% no han podido acceder a la resección del tumor debido al grado de compromiso y afectación que puede ocasionar para su vida.

Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT)

Figura 1

Niveles de crecimiento postraumático

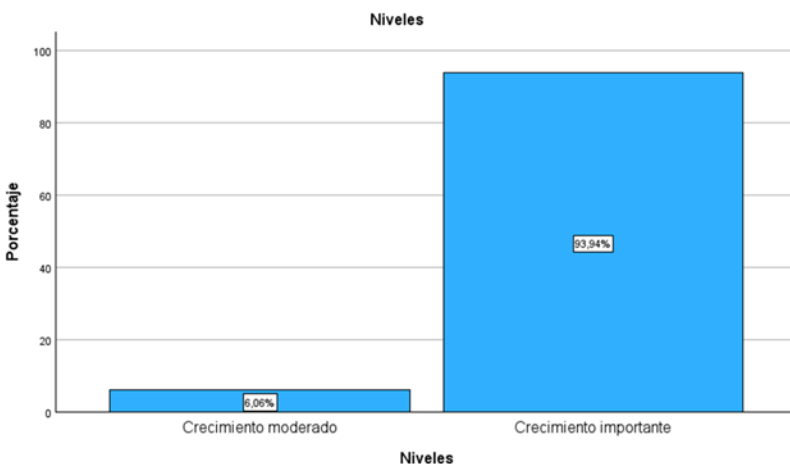


En la aplicación del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) a una muestra de 35 supervivientes con cáncer de mama, se obtuvo una puntuación total con una media de 2,89 y una desviación típica de 0,47. Así mismo, en la distribución de las evaluadas respecto al grado de crecimiento se observa que el 5, 71% (2 supervivientes) experimentaron un crecimiento ligero tras el diagnóstico y el tratamiento del cáncer mientras que un 94,29% (33 supervivientes) afirman haber experimentado un crecimiento importante.

La dimensión *Mejora en la relaciones con otros* del ICPT consiste en cómo las mujeres tras el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama perciben mayor empatía de la sociedad frente a su situación actual de salud y, con ello, el fortalecimiento de los vínculos afectivos al sentir el apoyo de otras personas, su cercanía - lo cual - favorece la expresión espontánea de sentimientos a quienes no padecen la enfermedad, traduciéndose esto, en la expresión de alicientes que alienten en las luchas diarias pero, también, la expresión de compasión y empatía a quienes se encuentran en la misma condición de salud.

Figura 2

Niveles de CPT para la dimensión Mejora en Relaciones con Otros



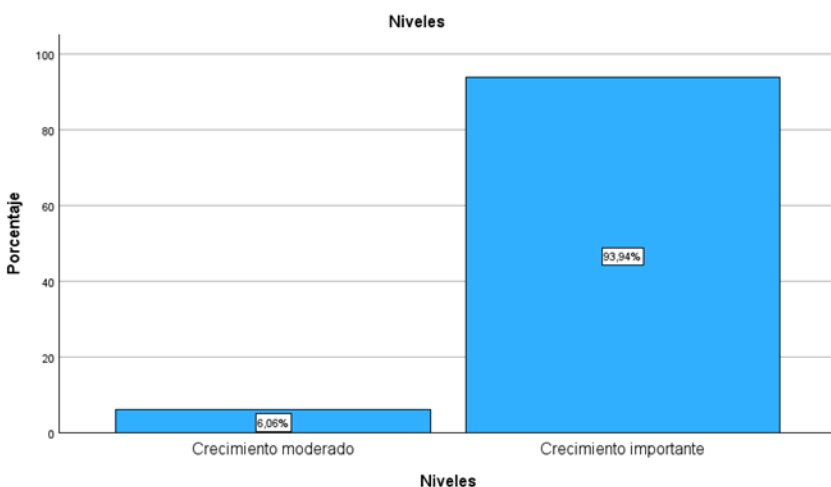
En los resultados de esta dimensión o sub-escala se obtuvo una puntuación total con una media de 2,94 y una desviación estándar de 0,24. Respecto al grado de crecimiento postraumático se puede apreciar en el gráfico 2 que 6,06% (2 supervivientes) experimentaron un crecimiento moderado pero por el contrario, el 93,94 % (31 supervivientes) afirman haber tenido un crecimiento importante.

En la dimensión Nuevas Posibilidades se evalúa en las supervivientes el desarrollo de nuevos intereses en su vida y nuevas oportunidades que antes del padecimiento del cáncer no habían percibido - conllevándolas esto - a la consideración de alternativas que favorezcan el tratamiento de la enfermedad desde el aprendizaje de nuevos saberes que impactaran positivamente la ejecución de sus rutinas diarias. Además de esto, en esta dimensión se evalúa la capacidad de reconstruir la perspectiva que se tiene ahora de la vida y la habilidad para tender nuevos maneras o caminos para afrontar situaciones cotidianas, hacer cosas mejores, con

excelencia, aprovechando cada circunstancia difícil o adversa como una oportunidad de crecimiento.

Figura 3

Niveles de CPT para la dimensión Nuevas Posibilidades.

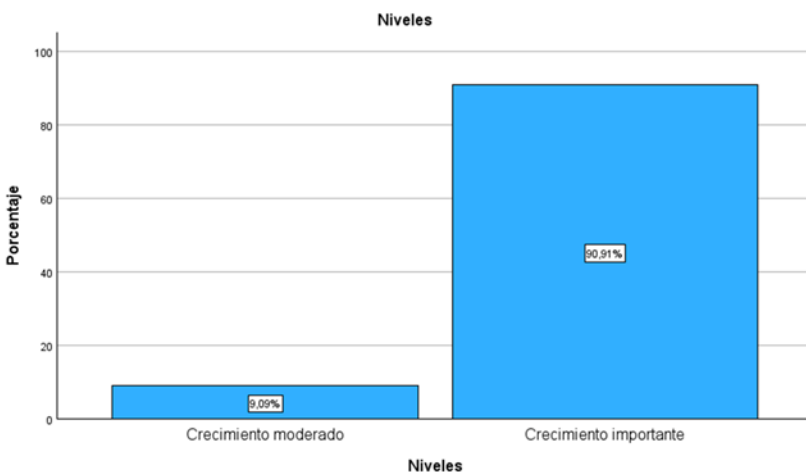


Para esta dimensión los resultados tanto de la media como de la desviación estándar fueron iguales a los arrojados en la dimensión Mejora en las Relaciones con Otros, por lo tanto, los grados de crecimiento son los mismos.

Las supervivientes de cáncer de este estudio confirmaron que el padecimiento de una enfermedad de grandes embates como lo es el cáncer, no solo es un trauma, sino, la oportunidad para descubrir talentos, capacidades, habilidades y destrezas para el emprendimiento de nuevas maneras de luchar y afrontar situaciones adversas, aprendiendo que en la abundancia y en la comodidad se es más débil y, que definitivamente, en la adversidad hay mayores posibilidades de ser fuerte. Han experimentado mayor capacidad para mediar en los conflictos y disyuntivas familiares y sociales desde el aprendizaje de la humildad como valor que favorece la asunción de los retos existenciales, por tanto, la nueva valoración de la vida para las supervivientes se traduce en amor, esfuerzo y voluntad.

Figura 4

Niveles de CPT para la dimensión Fortaleza Personal.

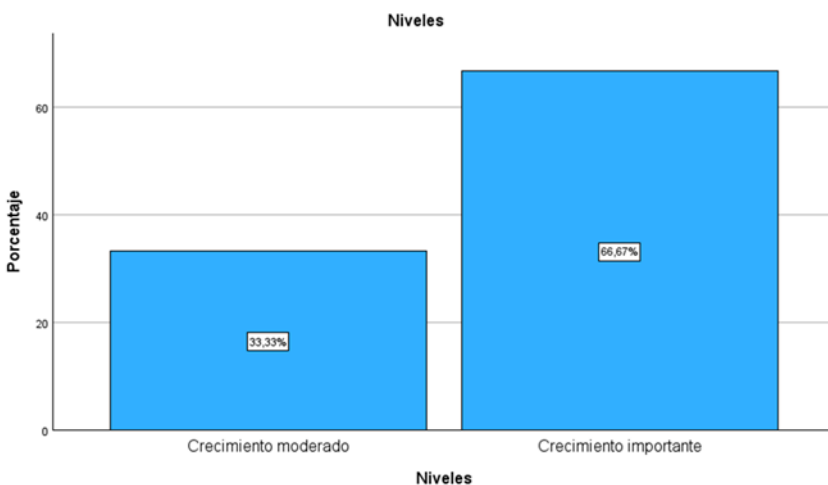


Como resultado las supervivientes obtuvieron una puntuación de una media de 0,29 y una desviación típica de 0,29. Tan solo en un 9,09% se observó un nivel de crecimiento moderado y en un 90, 91% un nivel de crecimiento importante, lo cual confirma una mayor percepción de oportunidad en la adversidad o en el trauma para afianzar en la confianza así mismas y, por ende, aumentar la capacidad de fortaleza personal.

Las mujeres con cáncer de mama de esta investigación le atribuyeron un cambio positivo a la manera de ver y de vivir la vida. Descubrieron el valor del trabajo por la existencia que a veces se torna incierta y confusa pero que les devuelve el protagonismo frente a la necesidad de dominio y control de la misma para convertirse en agentes de cambio que promueve la sana convivencia desde la aceptación de las situaciones como principio para poder encontrar el valor de afrontarlas y resolverlas.

Figura 5

Niveles de CPT para la dimensión Nueva Valoración de la Vida

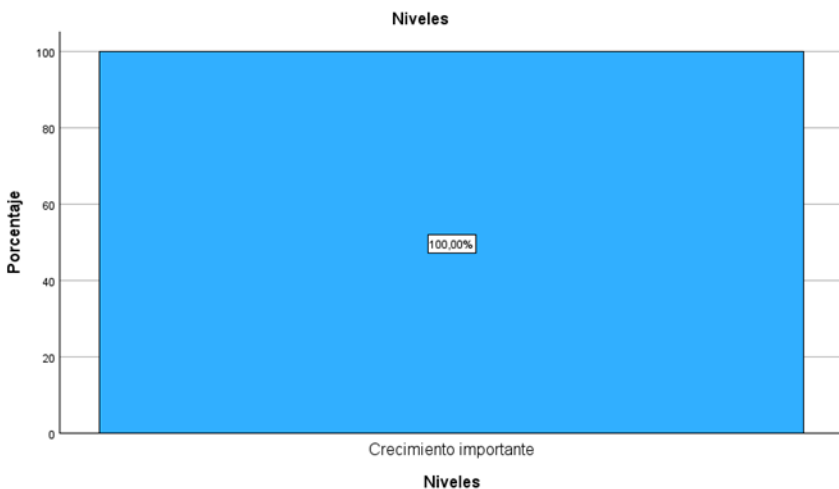


Los resultados para esta dimensión fueron de una media de 02,6 y una desviación típica de 0,47. En cuanto a la distribución de los niveles de crecimiento postraumático se observa que el 33,33% afirma encontrarle un nuevo valor y sentido a su existencia tras el diagnóstico de la enfermedad y afirmativamente el 66,67% consideran que ha sido una oportunidad para valorar la existencia con gratitud a pesar de que las propias expectativas no sean conforme a las que esta pueda ofrecerles.

Por último, se presentan los resultados para la dimensión de crecimiento espiritual en donde se confirman las estadísticas que se evidencian en la Tabla 4 donde se puede apreciar como la profesión de una creencia o fe religiosa puede constituirse de acuerdo a Montero (2004) en un factor protector que incide en los niveles de bienestar y calidad de vida de los seres humanos.

Figura 6

Niveles de CPT para la dimensión Crecimiento Espiritual



Para el constructo de crecimiento espiritual se obtuvo una desviación estándar de 0 y una media de 3,0. La distribución de las supervivientes resultó en un total del 100% lo que confirma los datos de la variable sociodemográfica relacionada con la religión.

Discusión y Conclusiones

Como hipótesis de investigación se planteó que tras el diagnóstico y padecimiento de los embates nocivos del cáncer de mamá, las mujeres pueden llegar a reevaluar positivamente su existencia y, es así, como surge una nueva manera de vivir o de ver la vida, lo cual, confirma que en la vivencia de acontecimientos o eventos vitales traumáticos, puede desarrollarse, crecimiento postraumático. Dichos Cambios Positivos Percibidos (CPP) en el trauma se ven reflejados en la mejora de las relaciones con otros, en la obtención de nuevas posibilidades de ser y vivir pero, también, en encontrar en el nuevo rol de supervivientes, la fortaleza para afrontar con amor el presente y ser de gran apoyo emocional para otras personas que atraviesan por situaciones adversas. En este sentido, se puede afirmar que de acuerdo a los avances en la investigación científica en el mundo, cada vez más son las mujeres con cáncer de mama que experimentan crecimiento postraumático, aunque, no todas. Habrá factores de diversa índole que también tendrán gran influencia y relación en la aparición de crecimiento postraumático, por lo cual, se hace necesario, seguir investigando acerca del tema en otros contextos vitales pero especialmente, en el campo de la oncosenología donde poco se reportan indicadores positivos acerca del trauma (Vázquez y Castilla, 2007).

Para la descripción del crecimiento postraumático, se enfatizó en el logro de los objetivos propuestos, con lo cual, se concluye que un hecho traumático como el cáncer de mama, trae consigo, grandes cambios y beneficios en las relaciones con otros, en la identificación de oportunidades y posibilidades en lo traumático, en la valoración del propio existir y en la trascendencia como seres humanos en el mundo. En el término de CPT, se encuentra que un 94,29% de la población ha experimentado un crecimiento importante, mientras que sólo un 5,71

% ha experimentado un crecimiento ligero, lo que a grandes rasgos permite inferir que el cáncer de mamá ha dado ocasión a cambios positivos en las vidas de las supervivientes.

Respecto al estudio de las dimensiones vitales de CPT, se encuentra que el 93,94 % de las supervivientes presenta una mayor cercanía con otras personas tras el diagnóstico y la experimentación de la enfermedad, lo cual, puede estar relacionado con el porcentaje de redes o grupos sociales que les sirven de apoyo para sobrellevar la enfermedad, el cual es del 68,6 % de acuerdo a los resultados del cuestionario sociodemográfico que se aplicó. Se puede inferir frente a estas cifras que las supervivientes desarrollan cualidades como la espontaneidad y la apertura mental al momento de expresar sus emociones, contar sus sentires y miradas de la existencia desde la experiencia en que las sitúa la enfermedad. Al respecto, un estudio hecho por Boyers (2001) evidencia que mujeres con cáncer que planificaban el futuro y echaban mano de los amigos para el apoyo emocional, presentaban niveles altos de CPT. En la mejora en las relaciones con otros, se puede identificar además, el afianzamiento en habilidades socioemocionales como la empatía, es decir, mayor sentimiento de compasión hacía el prójimo, ya que se vuelven más sensibles ante el dolor y el sufrimiento que trae consigo, no solo los padecimientos o los embates de un acontecimiento traumático, sino, la forma en cómo superarlo o adaptarse a este para supervivir. Es así como también se resalta que la situación adversa, puede llegar a favorecer el fortalecimiento de relaciones sociales más significativas donde el eje central sea, justamente, la humanidad que habita a cada persona.

De acuerdo a las investigaciones hechas por Stanton, Bower y Low (2006) en crecimiento postraumático, después del cáncer, se ha encontrado que un afrontamiento centrado en el problema y búsqueda de apoyo social poco después de completar el tratamiento, pueden convertirse en grandes predictores de CPT. En la población de este estudio se encuentra que un

54,30% de la población está en la fase de completar el tratamiento, por lo cual, también se podría entender el alto grado o nivel de crecimiento importante en relación a la dimensión de mejora en las relaciones con otros. Adicionalmente, respecto a los niveles de CPT en esta dimensión, un estudio comparativo hecho por Córdova et al. (2001) con mujeres con cáncer de mama y un grupo de control, confirma que el simple hecho de dialogar o conversar acerca de la enfermedad del cáncer de mama fue predictora de CPT.

El 57,1 % de las supervivientes de este estudio está casada o vive en unión libre, es decir, podría afirmarse que más de la mitad de la muestra poblacional se encuentra en unión conyugal. Esta es una característica del contexto social de las mujeres con cáncer de mama que de acuerdo a Weiss (2004) puede llegar a ser predictora de CPT.

El porcentaje poblacional que desarrolla nuevas posibilidades frente a la experimentación del cáncer de mama es igual al porcentaje de personas que percibieron mejoría en sus relaciones con otros, es decir, el 93,94%. Esto quiere decir que pese al incierto tránsito que suponen las situaciones adversas, esto es, cambios en el estado de ánimo o formación de múltiples emociones, la lucha contra el cáncer más que superar biofísicamente la enfermedad (lo ideal para cualquiera que lo padece) supone justamente, encontrar en esa lucha, nuevas posibilidades de ser y de vivir como manera de aceptar y comprometerse con el trabajo por la propia existencia, lo cual, define a esta dimensión, como un tránsito desde lo sensorial para encontrarle valor a la existencia desde el dolor como ese estímulo que locomociona y activa la atención en la búsqueda de sentido. Es la ausencia de significado lo que hace que una situación se vuelva intolerable, es así como Frankl citado por Freire (2015) define el concepto de frustración existencial indicando que la existencia no es tan solo el modo de ser específicamente humano, sino el afán por encontrar un sentido concreto a la vida personal. A esto Frankl conceptuó como voluntad de

sentido, es decir, la voluntad de percibir, de adjudicar sentido a la (s) condición (es) en la que sitúa el trauma. “El hombre no sólo trata de encontrar una interpretación que lo revelará como un individuo con un propósito que cumplir para completar su Gestalt, su percepción total, él brega por encontrar una apología pro vita sua, una justificación para su existencia” (Frankl citado por Lukas 2016, p.22). Esto es congruente con las teorías del CPT que apuntan a que la experiencia de un cáncer más avanzado o letal y, la amenaza de muerte que conlleva, aumentan la probabilidad de búsqueda de significado y la oportunidad de encontrar beneficios en la propia experiencia (Tedeschi y Calhoun, 2004; Janoff-Bulman y Berger, 2000).

En cuanto a la fortaleza personal, se registra que un 90, 91% de la población considera que contrario a lo que se percibe en el imaginario colectivo, el cáncer de mama ha supuesto una lucha que si bien les ha representado el despliegue de toda una serie de recursos físicos, emocionales, cognitivos y sociales – justamente - ha sido ese despliegue que les ha hecho reflexionar acerca del verdadero querer: Defender la vida a toda costa. La fortaleza ha supuesto para ellas la consideración de los valores que componen una apología pro vita sua. Entender esa humanidad desde el dolor ocasionado por los embates del cáncer de mama, es lo que provoca en ellas, conectar con otras personas desde los recursos que internamente construyen o elaboran para apostarle a la supervivencia en cualquier circunstancia, favoreciéndose de esta manera, la reconfiguración y adopción de conductas y comportamientos basados en la empatía y en la compasión, lo que las ha conllevado a ser más prosociales. Para estas mujeres, los tiempos difíciles producen firmeza espiritual, emocional y física, por lo cual, consideran que la vida fácil y la abundancia pueden llegar a ocasionar una profunda debilidad porque a lo que se tiene, según ellas, a que buscarlo. El ocuparse del cuidado de la propia existencia, es encontrar su gran valor. Al respecto Dobson (1993) sostiene que “Una existencia sin desafíos produce víctimas entre casi

todos los seres vivientes” (p.169). El valor de la fortaleza personal lo encuentran en la apreciación o valoración de esa confianza en sí mismas y de ese amor propio equilibrado, justamente, desde la adversidad, lo cual, las ha conllevado al desarrollo de habilidades y destrezas que ulteriormente, les ha aportado en la conformación de herramientas personales que les ha permitido afrontar y resolver situaciones difíciles. Es así como las supervivientes de este estudio, deducen que sí han podido sobrellevar los bemoles del cáncer de mama, estarán más abiertas y confiadas para frentear los complejos aconteceres de la vida. Con base a estas apreciaciones hechas por las supervivientes, se puede inferir que la adversidad supone para estas, un conjunto de condiciones inciertas y complejas que conllevan a los individuos a minar en el terreno de su propia humanidad, para encontrar en ese terreno, las potencialidades que se esconden tras sí, alcanzando un grado de dominio, control o manipulación de las tramas subjetivas a las que se encuentran expuestos, para llegar a la organización de estas, a fin de en ese ejercicio de percepción, adjudicarle un sentido a su existencia que justifique el esfuerzo o el trabajo por mantener la propia vitalidad. Respecto a esto, Vera y cols (2006) identificaron en un grupo de personas que experimentaron un acontecimiento vital traumático que después de cierto tiempo, desarrollaron fortaleza personal a raíz de la lucha contra la situación adversa, por lo cual, se puede confirmar que es muy probable que las personas se consideren más fuertes después de la vivencia de un evento traumático, lo cual, se ve expresado en el fortalecimiento de su capacidad de adaptación. Al analizar los ítems del ICPT por separado, se encuentra con mayor puntuación el diecinueve (19) que enuncia “He descubierto que soy o era más fuerte de lo que pensaba” con un 85,7% lo que indica el redescubrimiento de nuevas potencialidades frente a la situación adversa que las ha conllevado a reconocer su fortaleza personal.

Sin duda alguna, la supervivencia al cáncer de mama para un 66,67% de las mujeres de este estudio, ha representado, una importante valoración de la vida. Sin negar que ante la ausencia de significado, pueda haber lugar a la impotencia frente a lo incierto y lo traumático de la enfermedad, lo cual, puede explicar que un 33,33% de la población sienta una cierta frustración existencial ante lo disruptivo del cáncer y una sensación de fatalismo ante la vida. Lo cierto es que la mayoría de la población, ha experimentado un crecimiento importante desde esta dimensión, lo que quiere decir que la traumaticidad del cáncer, además de provocar esa búsqueda de fortaleza personal, ha sido como colirio a los ojos, es decir, les ha permitido palpar a flor de piel el significado de la escala de valores que componen su autoestima, pues según ellas “Una cosa es hablar acerca de los valores que te conducen a ser mejor persona y otra muy distinta, es mantener firme la práctica de esos valores en las peores condiciones o circunstancias”. Es desde el escenario de lo traumático que se llega a tener certeza del propio carácter, del dominio propio y de la templanza frente a las situaciones de la vida. Las personas frente al trauma adquieren una visión que pone atención a los detalles y que discierne entre lo esencial y lo que es atavío o accesorio en la vida, disminuyendo el grado de ansiedad frente a lo que está por venir, enfocando toda la atención en ocuparse un día a la vez, aceptando con humildad el presente y, comprometiéndose con el bienestar propio desde el trabajo por el alcance y el redescubrir los propios anhelos y sueños que las motivan a seguir profesando y confesando la vida. La valoración de la vida al igual que la mejora en las relaciones con otros, ha sido, una de las dimensiones mayormente citadas en diversos estudios de CPT en muestras de pacientes con cáncer. Los ítems o reactivos que marcan un crecimiento importante son los relacionados con cambios en las prioridades u objetivos de la vida (Collins, Taylor y Skokan, 1990; Curbow, Somerfield, Baker, Wingard y Legron, 1993).

Las 35 supervivientes de cáncer de mamá de esta investigación, es decir, el 100% de la población afirma haber percibido un crecimiento espiritual exponencial. Además, también se observa en los resultados del cuestionario sociodemográfico que todas profesan alguna fe o creencia religiosa, destacándose la religión católica con un 82,9%, seguida de la religión cristiana evangélica con un 14,3% y, por último, la pentecostal con 2,9% lo que en gran medida, puede explicar, el gran nivel de crecimiento en esta dimensión del CPT. En un estudio adelantado por Chan y Ho (2004) hallaron en un grupo de 188 mujeres supervivientes a un cáncer de mama que cinco años después, un porcentaje significativo refirió cambios positivos en áreas como percepción de sí mismos, relaciones interpersonales, espiritualidad y prioridades en su vida. Este alto porcentaje de crecimiento importante en lo espiritual, confirma el reconocimiento de las limitaciones propias para explicar la vivencia de un suceso traumático y, la necesidad de revisar y explicar por fuera de la propia humanidad, el propósito que tiene la vivencia de un hecho traumatizante como manera de apaciguar la ausencia de significado o sensación de vacío existencial en el padecimiento del cáncer de mama. La tensión provocada por la ausencia de significado ante una situación traumática, podría reforzar de acuerdo a la logoterapia propuesta por Viktor Frankl, la aparición de una neurosis noógena, ya que su origen tiene que ver con esa dimensión espiritual de la personalidad humana y, por tanto, tiene que ver más con la mente que con lo propiamente psicológico. Respecto a la ausencia de significado para justificar la existencia desde la búsqueda de sentido, la máxima de Nietzsche que reza “Quien tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo” aplica perfectamente.

La búsqueda humana de sentido y de valores puede nacer de una tensión interna, no de un equilibrio interno. Ahora bien, esa tensión es un requisito indispensable para la salud mental. Me atrevería a afirmar que aun en las peores condiciones, nada en el mundo ayuda a sobrevivir como

la conciencia de que la vida esconde un sentido (Frankl citado por Freire, 2015, p.89). En las mujeres de este estudio, esa búsqueda de significado al acontecimiento del cáncer, es lo que las sitúa en el pensamiento de lo espiritual como una manera de adjudicarle una justificación a la valoración de la vida, independientemente de las condiciones y circunstancias que traiga consigo. La espiritualidad más que una dimensión de los seres humanos, puede constituirse en una herramienta que favorece el tratamiento de la enfermedad proporcionando salud mental (Palacio, 2015).

Autores como Wildes, Miller, San Miguel-de Majors y Ramírez (2009) aseguran que en Latinoamérica, los altos niveles de religiosidad o espiritualidad en mujeres con cáncer de mama, han sido claves para la recuperación y afrontamiento de la enfermedad. Por su parte, para García y Páez (2017), la religiosidad o creencia sobre algún tipo de divinidad, se constituye en un factor protector, ya que contribuye a reducir los niveles de estrés asociados al trauma y, además, predice el CPT. Puede darse el caso contrario si p.e., después de la experiencia, el evento traumático provoca una modificación en sus sistemas de creencias, llegando al cambio de concepciones acerca de la fe que profesan tal y como lo evidencia Beltrán (2011) en un estudio con población colombiana en el que afirma que el 94% pertenece alguna religión, distribuyéndose el 58% en creyentes practicantes y, un 85% que considera la religión como estilo para vivir. Leer la biblia, orar, cantar alabanzas, entre otras prácticas del cristianismo se perciben como fuente de fortaleza y de disminución de los síntomas físicos de la enfermedad del cáncer de mama (Pérez-Hernández et al. 2019). La confirmación que la búsqueda de apoyo religioso es relevante para el CPT, implica fomentar en quienes viven tragedias, la búsqueda de un sentido de lo ocurrido y darle un significado más allá.

En cuanto al estadio de la enfermedad del cáncer se encuentra que un 11,40% de las mujeres de este estudio se encuentran en estadio uno (I), un 57,10% en el estadio dos (II), un 20,00% en el tres (III) y, por último, en el estadio cuatro (IV) un 11,40%. Respecto a esto, Lechner y cols. (2003) encontraron una relación curvilínea entre el estadio de la enfermedad y el CPT. Los pacientes con mayor gravedad (estadio IV) o menor gravedad (estadios 0 y I) del cáncer, presentaban los niveles más bajos de CPT. La explicación que dan los autores a sus datos es la posibilidad de que la gravedad extrema de la enfermedad podría llevar a no iniciar un proceso de búsqueda de beneficios. En este sentido, se aprecia que los porcentajes más altos de población en este estudio, se ubican entre los estadios dos (II) y tres (III) respectivamente, por lo cual, se puede inferir que los estadios del cáncer de mama podrían ser, tal y como la afirman los autores citados, predictores de CPT.

Una de las limitaciones de esta investigación fue la poca representatividad de la muestra con la que se ha trabajado en términos de cantidad, edad y género. Fueron 35 mujeres la cantidad con la que se pudo realizar este estudio, la mayoría son mujeres mayores con una edad promedio de 53,48, por lo que se considera que los resultados de esta investigación pueden estar sesgados y, no ser del todo fiables para generalizar acerca del CPT, aunque, sí permite al menos conocer un poco respecto de esa realidad de una persona superviviente de cáncer de mama.

Este tipo de investigaciones de CPT en la oncosenología amplía el campo de acción del psicólogo en el área de la salud, ya que desde las apuestas del modelo biopsicosocial y los importantes desarrollos teóricos y metodológicos de la psicología positiva, le permite con rigor, perfilar estrategias que ayuden a las personas la superación de los acontecimientos o eventos adversos vividos, potencializando, la reflexión de nuevas percepciones del sí mismo, como seres con valía, capacidad de autogestión, adaptación y fortalecimiento en la adversidad que

consideran la propia existencia desde un sentido trascendente. Conocer acerca del CPT resulta relevante para vivir, porque justamente, ayuda a reconocer la presencia del dolor como síntoma de la necesidad de búsqueda de sentido de la propia existencia, desde el conocimiento de sí mismo. Los estudios de CPT llenan de consuelo y esperanza a quienes por alguna razón han sido patologizadas sus almas por el simple hecho del trauma, lo cual, impacta el autoestima y les motiva a esforzarse por su propio bienestar representado en la satisfacción por la vida, autonomía, resiliencia, altruismo, entre otros beneficios. Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la necesidad de conformar redes sociales para brindar soporte emocional, orientar y escuchar a las personas traumadas o heridas, lo cual puede suponer en palabras de Hegel “un esfuerzo del espíritu por conseguir la libertad” al buscar reconstruir la historia dolorosa y adjudicarle un sentido con el que se fortaleza la persona.

Para terminar, se puede concluir que la mayoría de las supervivientes de cáncer de este estudio, experimentaron exponencialmente crecimiento postraumático, dejando entrever en los datos arrojados por el ICPT que han percibido cambios positivos en sus vidas, sobre todo, en lo que respecta a la mejora en las relaciones con otros, la percepción de nuevas posibilidades y el crecimiento espiritual desde la obtención de un nuevo significado de la vida. Estos resultados se constituyen en un indicador valioso que confirman los grandes avances en psicología positiva con los que se ha podido destacar la percepción de cambios positivos en seres humanos respecto a las experiencias o situaciones negativas de la vida.

Referencias

- Affleck, G., and Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 900–922. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x>
- Anderson, W. P. and Lopez-Baez, S. I. (2008). Measuring growth with the Posttraumatic Growth Inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, 215-227.
- Angelino AF and Treisman GJ (2001) Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Supportive care in cancer. official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 9(5),344-9.
- Antoni MH, Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S., M., y Carver, C.S (2001) Cognitive–behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A. and Tedeschi, R. G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 450–465. doi: 10.1080/15325020802171367
- Bellizzi KM and Blank TO (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 25(1), 47-56.
- Beristain, C., González, J.L., Basabe, N. y De Rivera, J. (Eds.), *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. (pp. 311 – 335). Madrid: Fundamentos. Recuperado de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2011Crecimient_ostestres_y_trauma_\(Paez_Vazquez_et_al\).pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2011Crecimient_ostestres_y_trauma_(Paez_Vazquez_et_al).pdf)

- Boals, A., Steward, J. M. and Schuettler, D. (2010). Advancing our understanding of posttraumatic growth by considering event centrality. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 518–533. doi: 10.1080/15325024.2010.519271
- Bostock, L., Sheikh, A. I. and Barton, S. (2009). Posttraumatic Growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 281–296. doi: 10.1007/s10880-009-9175-6
- Boyers A.E. (2001). The influence of cognitive behavioral stress management, optimism, and coping on positive growth in women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*; 61(10-B):5552.
- Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Croker, P. R. and Sabiston, C. M. (2009). The posttraumatic growth inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(8), 830-838. doi: 10.1002/pon.1640
- Cadell, S., Regehr, C. and Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287. doi:10.1037/0002-9432.73.3.279
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. and Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of wellbeing. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress y Coping*, 15(3), 151-166. doi: 10.1080/15325020903375826
- Carbelo, B., Vecina, M. y Vera, B. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827106>

- Chan, M. W., Ho, S. M., Tedeschi, R. G. and 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, 544-552. doi: 10.1002/pon.1761
- Cho, D. and Park, C. L. (2013). Growth following trauma: Overview and current status. *Terapia Psicológica*, 31(1), 69-79. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000100007&script=sci_abstract&tlng=en
- Cieslak, R., Benington, C., Schmidt, N., Luszczynska, A., Curtin, R., Clark, R. A. and Kissinger, P. (2009). Predicting posttraumatic growth among hurricane Katrina survivors living with HIV: The role of self-efficacy, social support, 82 and PTSD symptoms. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(4), 449-463. doi:10.1080/10615800802403815
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. y Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 895–903. doi: 10.1002/jts.20171
- Coleman, M., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J., De Angelis, R. Capocaccia, R.,. CONCORD Working Group. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *The Lancet Oncology Journal*, 8, 730 - 756. doi:10.1016/S1470-2045
- Collins MJ, Taylor SE and Skokan LA (1990). A better world or a shattered vision? Changes in perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8(3), 263-285. Recuperado de: https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/10/1990_A-Better-World-or-A-Shattered-Vision.pdf

Curbow B, Somerfield MR, Baker F, Wingard JR and Legron MW (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation.

Journal Behavioral Medic, 16(5) ,423-443. doi: <https://doi.org/10.1007/bf00844815>

Constitución política de Colombia [Const.] (1991) 2da Ed. Legis

Congreso de Colombia. (21 de Enero de 2013) Ley de Salud Mental. [Ley 1616 de 2013].

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Congreso de Colombia. (06 de Septiembre de 2006). Código Deontológico y Bioético de la profesión de Psicología en Colombia [Ley 1090 de 2006]. Recuperado de:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Congreso de Colombia (10 de Enero de 1990). Reorganización del Sistema Nacional de Salud [Ley 10 de 1990]. Recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf

Congreso de Colombia (04 de Octubre de 1993). Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Resolución 8430 de 1993]. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Costa, G. L. y Gil, F. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psico-oncología*, 5(1), 27-37.

Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR and Andrykowski MA (2001) Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health psychology:official*

- journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 20(3):176-85.*
- Calhoun, L. G., and Tedeschi, R. G. (1999). Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., and McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521–527.
- Contrada RJ, Leventhal, H. and O'leary, A (1990) Personality and Health. Pervin LA, editor. *New York: Oxford University Press*; 638-69 p.
- Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic medicine, 62(3):304-8.*
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry, 76(1)*, 65–69. doi: 10.1037/0002-9432.76.1.65
- Dekel, R. and Nuttman-Scwartz, O. (2009). Posttraumatic stress and growth: The contribution of cognitive appraisal and sense of belonging to the country. *Health and Social Work, 34(2)*, 87-96.
- Dekel, S., Ein-Dor, T. and Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: a longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4(1)*, 94–101. doi: 10.1037/a0021865
- Dobson, J. (1993). *Cuando lo que Dios hace no tiene sentido*. Miami, Florida: Editorial Unilit.

- Engelkemeyer, S. M. and Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 344–346. doi: 10.1002/jts.20338
- Frazier, P., Conlon, A. and Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1048-1055. doi: 10.1037/AJ022-006X.69.6.1048
- Frankl, V. (2002). *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre la logoterapia*. Barcelona, España: Editorial Herder
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Editorial Herder
- Galvis, M. y Pérez, B. (2011) Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichán, 11*(3), 256-273. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74121424003.pdf>
- Gangstad, B., Norman, P. and Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology, 54*(1), 69-75. doi: 10.1037/a0014639
- García, F. E., Cova, F. y Melipillán, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología, 30*(2), 145-153. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243033029007.pdf>
- García, F., Cova, F., y Reyes, A. (2014). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychologica, 13*(2), 15-24. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.stop
- García, F. E., Páez, D., Reyes-Reyes, A., and Álvarez, R. (2017). Religious coping as moderator of psychological responses to stressful events: A longitudinal study. *Religions, 8*(62), 1-13. doi: 10.3390/rel8040062

- Gili M. y Roca, M (1996) *Trastornos afectivos en oncología. (Eds.) EMMRyMB*, Barcelona, España: Masson.
- Grossarth-Maticek R, Kanazir DT, Schmidt P, Vetter H (1982) Psychosomatic factors in the process of cancerogenesis. Theoretical models and empirical results. *Psychotherapy and psychosomatics* 38(1), 284-302.
- Hagenaars, M. A. and Van Minnen, A. (2010). Posttraumatic growth in exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 504–508. doi:10.1002/jts.20551
- Hjerl K, Andersen EW, Keiding N, Mouridsen HT, Mortensen PB, Jorgensen T (2003) Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44 (1), 24-30.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. and Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797
- Hernández., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª Ed. México D.F: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V
- Ho, S. M., Chan, C. L. and Ho, R. T. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 377–389. doi: 10.1002/pon.758
- Ho, S. M., Chu, K. W. and Yiu, J. (2008). The relationship between explanatory style and posttraumatic growth after bereavement in a non-clinical sample. *Death Studies*, 32, 461-478. doi: 10.1080/07481180801974760
- Holgerson, K., Boe, H. J. and Holen, A. (2010). Long-Term perspectives on posttraumatic growth in disaster survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3) ,413–416. doi: 10.1002/jts

Instituto Nacional de Cancerología ESE. (2017). *Análisis de Situación del Cáncer en Colombia 2015*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Recuperado de:

http://www.cancer.gov.co/Situacion_del_Cancer_en_Colombia_2015.pdf

Instituto Nacional de Cancerología ESE e Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2017). *Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia* (Cuarta Edición ed.). Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología. Recuperado de:

https://www.cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf

International Agency for Research on Cancer. (2020). *Global Cancer Observatory*. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>

Jadad A R, and Grady L (2008). *How should health be defined?* The BMJ; 337: a2900.

doi:10.1136/bmj. a2900

Janoff-Bulman, R. (1992) *Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press

Janoff-Bulman R y Berger A (2000) The other side of trauma: Towards a psychology of appreciation. En Harvey JH, Miller ED (Eds.). *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (pp.29-44). Philadelphia: Brunner/Mazel.

Jensen MR (1987) Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of personality*, 55(2), 317-42.

Joseph, S. and Butler, L. (2010). Positive changes following adversity. *National Center for PTSD: Research Quarterly*, 21(3), 1-9.

Joseph, S. and Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review* 26, 1041- 1053. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.006

- Joseph, S. and Linley, P.A. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer (pp. 185-206). John Wiley y Sons (Eds.), New Jersey, EE. UU: ESJyPAL editor
- Kane, J. Q. (2009). *An examination of a two-factor model of rumination and its impact on the relationship between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder* (Tesis doctoral, George Mason University). Recuperado de:
http://gateway.proquest.com/openurl%3furl_ver=Z39.88-2004%26res_dat=xri:pqdiss%26rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation%26rft_dat=xri:pqdiss:3377702
- Karanci AN EA (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23, 315-22.
- Knapp E y Delgado I (1990) Psicología, cáncer y dolor. *Revista cubana de Psicología*, 7(2), 129-35. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v7n2/09.pdf>
- Lamas, H. (2004). Promoción de salud: una propuesta desde la psicología positiva. *Liberabit*, 10, 45-67. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601007>
- Lazarus, R. and Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal and coping* [Estrés y Procesos Cognitivos] Barcelona: Martínez Roca.
- Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K and Block P (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-oncology*, 12(5), 491-499.
- Linley, P. A., and Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.

- Lechner SC, Carver CS, Antoni MH, Weaver KE, Phillips KM. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(5): 828-840.
- Lovelace, D., McDaniel, L. and Golden, D. (2019). Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. *Midwifery Womens Health, 64*(6), 713-724. doi: 10.1111/jmwh.13012.
- Lukas, E. (Col.) (2016). *La voluntad de sentido Viktor E. Frankl. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Lyubomirshy, S. (2001). Why are some people happier than other? *American Psychologist, 56*, 239-249. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.56.3.239>
- Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K and Grana G (2004) Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine, 66*(3):442-54.
- Mateu, Gil y Renedo (2009): *¿Hacia una escuela resiliente?: Un estudio a través del profesorado de Educación Infantil y Primaria* (Tesis de Maestría). Universitat Jaume I, Castellón, España. Recuperado de: <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/77669>
- McCaslin, S. E., de Zoysa, P., Butler, L. D., Hart, S., Marmar, C. R., Mezler, T. J. and Koopman, C. (2009). The relationship of posttraumatic growth to peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms among Sri Lankan 87 University students. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 334–339. doi: 10.1002/jts.20426
- Milam, J. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(1), 2353-2376. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.817

- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
- Morris and Greer (1980) "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*; 3(1): Abstract No. 102.
- Önder, N. (2012). *The mediating role of coping strategies in the basic personality traits-PTG and locus of control- PTG relationships in breast cancer patients* (Tesis de maestría, Middle East Technical University, Turkey). Recuperada de:
<http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12614341/index.pdf>
- Ormel J, Schaufeli WB (1991) Stability and change in psychological distress and their relationship with self-esteem and locus of control: a dynamic equilibrium model. *Journal of personality and social psychology*. 60(2):288-99.
- Ormel J, Wohlfarth T (1991) How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *Journal of personality and social psychology*, 60(5), 744-55
- Osborne RH, Elsworth GR and Hopper JL (2003) Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European journal of cancer*, 39(6):755-62.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. y Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: Posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. Páez, D., Martín
- Palacio, C. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones Teológicas*, 42(98), 459-81. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>

- Park, C. L., Cohen, L. H. and Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/227917719_Assessment_and_Prediction_of_Stress-Related_Growth
- Park CI FJ (2004) Stress-related growth: predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *J Social Clin Psycho* ; 23(2), 195-215.
- Peterson, Ch., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W. and Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 214–217. doi: 10.1002/jts.20332
- Pérez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 31, 145-153
- Pérez-Hernández, S., Okino-Sawada, N., Díaz-Oviedo, A., Lordelo-Marinho, P.M., & Ruiz-Paloalto, M.L. (2019). Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 16(2), 185-195. doi: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.643>
- Proffitt, D., Cann, A., Calhoun, L. G. and Tedeschi, R. G. (2007). Judeo-Christian clergy and personal crisis: Religion, posttraumatic growth and wellbeing. *Journal of Religion and Health*, 46(2), 219-231. doi: 10.1007/s10943-006-9074-1
- Rabe, S., Zöllner, T., Maercker, A. and Karl, A. (2006). Neural correlates of posttraumatic growth after severe motor. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 880-886. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.880

- Sánchez, G., Niño, C. y Estupiñan, A. (2016). Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 297 - 305.
doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n3a04
- Schroevers, M. J. and Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, 17, 1239–1246. doi: 10.1002/pon.1366
- Seligman, M.E.P. and Christopher, P. (2000). Positive Clinical Psychology. L. G. Aspinwall and U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305–317). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10566-021>
- Seligman, M. E. and Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Seligman, M.E.P. (2005). La auténtica felicidad (M. Diago and A. Debrito, Trans.). Colombia: Imprelibros, S.A. (Trabajo original publicado en 2002).
- Senol-Durak, E. and Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*, 17, 150–158. doi: 10.1007/s10880-010-9192-5
- Sears SR, Stanton AL and Danoff-Burg S (2003) The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol.*, 22(5), 487-97. doi: 10.1037/0278-6133.22.5.487. PMID: 14570532.

- Shakespeare-Finch, J. E. and Barrington, A. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 433-439.
doi:10.1002/jts.21730
- Shigemoto, Y. and Poyrazli, S. (2013). Factors related to posttraumatic growth in U.S. and Japanese college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 128-134. doi: 10.1037/a0026647
- Stanton AL, Bower JE, Low CA (2006). Posttraumatic Growth After Cancer. En Calhoun LG, Tedeschi RG (Eds). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (75-138) Mahwah, New Jersey, Estados Unidos de América: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Taylor SE (1983) Adjusting to threatening events : A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38:1161-73.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P. and Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress, y Coping*, 20(4), 353-367. doi: 10.1080/10615800701295007
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G. and Tedeschi, R.G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 158-164. doi: 10.1002/jts.20305
- Taku, K., Kilmer, R. P., Cann, A., Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (2012). Exploring posttraumatic growth in Japanese youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(4), 411-419. doi: 10.1037/a0024363

- Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18. doi: https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tsang, JYS and Tse, GM. (2020). Molecular Classification of Breast Cancer. *Advances In Anatomic Pathology, 27*(1), 27-35. doi: 10.1097/PAP.0000000000000232
- UNESCO (2005). *Hacia las sociedades del conocimiento* (Informe Mundial). Recuperado de: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000141908>
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo, 27* (1), 1-2. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827101.pdf>
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psiconcología, 4*(2-3), 385-404. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/38820052.pdf>
- Vázquez, C., Pérez, P., and Matt, G. (2006). Post-Traumatic stress reactions following the Madrid March 11 terrorist attacks: Epidemiological effects of exposure and use of multiple diagnostic criteria in a Madrid community sample. *Spanish Journal of Psychology, 9*, 161-174. Recuperado de: <https://www.pauperez.cat/wp-content/uploads/2017/11/vazquez-hervas-perez-measurement-of-psychological-trauma.spanish-j-psychology.pdf>
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006) Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 14*(3), 401-432.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/228338310_Intervenciones_clinicas_basadas_en_la_psicologia_positiva_fundamentos_y_aplicaciones

Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.

Recuperado de: <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1283>

Villegas, M. (1986). La psicología humanista: Historia, Concepto y Método. *Revista Anuario de Psicología*, 1 (34), 7-45. Recuperado de:

<https://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/download/64549/88511>

Villagrán L, Reyes C, Wlodarczyk A y Páez D (2014) Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia Psicológica*, 32 (3), 243-254. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/785/78533394007.pdf>

Walter, M. and Bates, G. (2012). Posttraumatic growth and recovery from posttraumatic stress disorder. En V. Olisah (ed.), *Posttraumatic Growth and recovery from post traumatic stress disorder: Essential Notes in Psychiatry* (pp 143-185). Recuperado de

<http://www.intechopen.com/books/essentialnotes-in-psychiatry/post-traumatic-growth-and-recoveryfrom-post-traumaticstress-disorder>

Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J and Bliss JM (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*.

354(9187):1331-6.

Weiss, T (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors.

Psycho-oncology.13 (4):260-8.

- Weiss, T (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology* 23(5), 46-733. doi:
<https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.733.50750>
- Weiss, T. y Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 191-199. doi:
10.1177/1049731505281374
- Wirsching M, Stierlin H, Hoffmann F, Weber G, Wirsching B (1982) Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of psychosomatic research*, 26(1):1-10.
- Wildes KA, Miller AR, San Miguel-de Majors S and Ramirez AG (2009) The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-oncology*, 18(8), 831-840. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1475>
- Zelek L, Llombart-Cussac A, Terrier P, Pivot X, Guinebretiere JM and Le Pechoux C et al (2003) Prognostic factors in primary breast sarcomas: a series of patients with long-term follow-up. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 21(13), 2583-8.
- Zoellner, T. and Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008
- Zigmond A., and Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370

Apéndices

Apéndice A

Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT)

ESCALA POST-TRAUMATIC GROWTH INVENTORY DE CALHOUN Y TEDESCHI (1999)

INSTRUCCIONES

Ahora te propondremos algunas afirmaciones relacionados con la reacción tenida después del hecho traumático. Le pedimos que hagas una cruz en la expresión que más se acerca a tu experiencia:

A continuación le presentamos una serie de preguntas a través de las cuales se busca conocer su opinión sobre diversas situaciones y sobre usted mismo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, conteste en primer lugar los siguientes datos:

Ha tenido algún tipo de experiencia violenta: No _ Si _ Cual: _____ Tipo: Directa ___ Indirecta ___ Testigo _____

CUESTIONARIO

1. He cambiado las prioridades en mi vida (lo que es importante para mí).

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

2. Aprecio más el valor de mi vida o la valoro más

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

3. Tengo o he desarrollado nuevos intereses

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

4. Tengo más confianza en mí mismo

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

5. Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

6. Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis y necesidad

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

7. He construido un nuevo rumbo o proyecto de vida

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

8. Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

9. Estoy más dispuesto a expresar mis emociones o manifiesto las emociones de forma más espontánea

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

10. Siento que puedo arreglármelas mejor en los momentos difíciles

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

11. Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida

12. Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida o puedo aceptar mejor las cosas como vienen

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

13. Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

14. Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que, de no haber ocurrido lo que me paso, esto no habrían sucedido

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

15. Tengo o siento más compasión hacia los demás

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

16. Aporto o pongo más energía en las relaciones personales

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

17. Estoy más dispuesto a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben ser cambiadas

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

18. Tengo más fe religiosa

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

19. He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

20. He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser

Ningún cambio	Un Cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy ligero
---------------	----------------------	------------------	--------------------	----------------------	----------------------

21. Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás

Apéndice B

Cuestionario Sociodemográfico

Cuestionario Sociodemográfico

Edad: _____

Religión: _____

Marque con una X su actual Estado Civil:

Soltero___ Casado___ Separado/Divorciado___ Unión libre___ Viudo___

¿Con quién vive actualmente?:

Solo___ En compañía de familiares___ Amigos___

Nivel de estudios cursados:

Básica Primaria___ Básica Secundaria___ Tecnología___ Universitario___ Post-grado___

Ocupación:

Empleado___ Trabajador Independiente___ Jubilado/Pensionado___

Desempleado___ Ama de Casa___ Estudiante___ Trabajador y Estudiante___

Estrato socioeconómico: Uno___ Dos___ Tres___ Cuatro___ Cinco___ Seis___

Sistema de salud donde se encuentra adscrito:

EPS___ Sisben___ Medicina Prepagada___ Particular/Privada___

En que estadio del cáncer se encuentra: I___II___III___IV___

Fase de la enfermedad en la que se encuentra: Diagnóstico___ Tratamiento___ Intervalo libre de la enfermedad___ Recidiva___

Tratamiento que está recibiendo actualmente:

Quimioterapia___ Radioterapia___ Hormonal___ Otro___

Ha sido operada de la mama: SI___ NO___

En caso de haber respondido SI a la anterior pregunta marque: Mastectomía___

Cuadrantectomía___ Otro___ Si es otro, cuál_____

Tiene alguna otra enfermedad: Si___ No___ Cual_____

Se encuentra vinculada a grupos de apoyo: SI___ NO___


En caso de haber respondido SI a la pregunta quince señale: Hospitalario___ Amigos___

Religioso___ Social___

Apéndice C

Consentimiento Informado

Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>

	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	CÓDIGO: F-11-1-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: CONVOCATORIAS DE INVESTIGACIÓN	VERSIÓN: 0-23-04-2020
		PÁGINAS: Página 3 de 4

UNAD © 2020

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ en calidad de participante, o en representación del menor _____ con documento de identidad No. _____, declaro que:

1. He leído y comprendido este documento de consentimiento informado.
2. Han aclarado todas mis dudas y respondido todas mis preguntas.
3. Conozco los posibles riesgos que implica mi participación.
4. Conozco el manejo que se le dará a la información suministrada por mí.
5. Se me ha informado que no recibiré ningún tipo de remuneración o contraprestación económica por la participación en este proyecto.
6. Me han explicado que mi participación en este proyecto es totalmente voluntaria y que puedo retirarme de él en el momento en que así lo desee.
7. Estoy enterado de que luego de finalizada la investigación, recibiré información referente a los resultados de la misma.

Por lo anterior, expreso mi voluntad de participar y conscientemente, en uso de mis plenas facultades, firmo el día ____ del mes de _____ del año _____.

Firma del participante o representante legal: _____

_____ CC No: _____ de _____

(Nombre del participante o representante legal)

HUELLA DACTILAR DEL PARTICIPANTE (en caso de ser analfabeta) _____

FIRMA DE LOS TESTIGOS:

Firma -Testigo No. 1

Firma -Testigo No. 2

(Nombre)

(Nombre)

Apéndice E

Recursos

Recurso	Descripción	Presupuesto
Equipo Humano	Autores del trabajo de grado y equipo de psicólogos voluntarios unadistas	Equipo disponible voluntariamente
Equipos y Software	Dos (2) equipos de cómputo, G-Suite (Uso de las herramientas informáticas G-Forms y G-Sheets de Google, Herramientas del Paquete de Office); IBM SPSS	Recursos disponibles
Viajes y Salidas de Campo	Compra de pasajes ida y vuelta y hospedaje por dos (2) días en la ciudad de Barranquilla, Alimentación, Refrigerios	500.000 COP
Materiales y suministros	Lápices, Borradores, Tajalápiz, Fotocopias	3.000 COP, 5.000 COP, 600 COP, 28.000 COP, 10.000 COP
Bibliografía	Google Académico, E-Book Central Proquest (Biblioteca UNAD), Scopus, Revistas de Investigación Científica	N/A
TOTAL		546.600 COP