



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA



TRABAJO FINAL DE GRADO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Pre-proyecto de Investigación:

*¿Es posible superar el cáncer de mama y desarrollar un
Crecimiento Postraumático?*

Estudiante: Stéfany Natalia Machado Silva

Ci: 4.461.268-9

Tutora: Prof. Agda. Dra. Ana Luz Protesoni

Revisor: Prof. Adj. Dr. Victor E. C. Ortuño

Montevideo

Abril de 2023



AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar quiero agradecer a los altibajos de la vida que hicieron que de alguna manera hoy me encuentre donde estoy...

Este trabajo representa pequeños fragmentos de mi historia de vida... por un lado se encuentra mi propia experiencia y crecimiento personal ante la adversidad, por otro...refleja mi aprendizaje en el ámbito clínico hospitalario donde fui capaz de descubrir un mundo completamente nuevo...repleto de dolor pero también de crecimiento.

Fueron ellos...Mis primeros pacientes los que me hicieron llegar a determinar este pre-proyecto de investigación que presento hoy, personas que tuve el placer de conocerlas y acompañarlas en los peores momentos de sus vidas...

A todas ellas muchas gracias!!! ♥



ÍNDICE

RESUMEN.....	3
FUNDAMENTACIÓN.....	5
ANTECEDENTES.....	7
MARCO TEÓRICO.....	9
PROBLEMA PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	15
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	15
METODOLOGÍA.....	16
➤ Diseño metodológico	16
➤ Población y Muestra.....	16
➤ Criterios de inclusion y exclusion.....	17
➤ Instrumentos de medición	17
➤ Procedimiento	19
CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.....	20
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
LISTA DE ABREVIATURAS.....	27
ANEXOS.....	28
➤ I- Consentimiento informado.....	28
➤ II- Formulario sociodemográfico y clínico biomédico.....	30
➤ III- Inventario de crecimiento postraumático.....	32
➤ IV- Brief-Cope	34

*“Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación,
tenemos el desafío de cambiarnos a nosotros mismos”*

Viktor Frankl

RESUMEN:

Este pre-proyecto de investigación se enmarca en la presentación del Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). El mismo propone investigar el desarrollo y permanencia del crecimiento postraumático y su asociación con variables sociodemográficas en mujeres que superaron el cáncer de mama en Uruguay.

La pertinencia de este estudio surge a partir de la preocupación e inquietud que genera la elevada prevalencia del cáncer en general, y en particular el cáncer de mama que ocupa la mayor tasa de incidencia y de mortalidad en mujeres uruguayas.

La metodología planteada será del tipo cuantitativa, de carácter exploratorio, descriptivo y longitudinal con una muestra de 40 mujeres (pacientes oncológicas) que hayan finalizado con los tratamientos oncoespecíficos pertenecientes a diversas instituciones de salud (pública y privada) de la ciudad de Montevideo.

Los instrumentos a utilizar en la recolección de datos son variados, abarca un formulario de datos sociodemográficos y clínicos biomédico, el Inventario de crecimiento postraumático y el Brief-COPE.

Se espera que los resultados sirvan como puntapié inicial para visualizar la presencia del CPT en mujeres uruguayas sobrevivientes de cáncer de mama, pudiendo dar cuenta de posibles factores que favorezcan o entorpezcan su desarrollo.

Palabras Claves: Cáncer, Cáncer de mama, Mujeres, Crecimiento Postraumático, Inventario de Crecimiento Postraumático.

ABSTRACT

This pre-project of research is framed in the presentation of the Final Degree Project (TFG) of the Bachelor's Degree in Psychology at the University of the Republic (UdelaR). It proposes to investigate the development and permanence of post-traumatic growth and its association with sociodemographic variables in women who overcame breast cancer in Uruguay.

The relevance of this study arises from the concern and worry generated by the high prevalence of cancer in general, and breast cancer in particular, which has the highest incidence and mortality rate in Uruguayan women.

The proposed methodology will be quantitative, exploratory, descriptive and longitudinal with a sample of 40 women (oncology patients) who have completed oncology-specific treatments belonging to various health institutions (public and private) in the city of Montevideo.

The instruments to be used in the data collection are varied, including a biomedical sociodemographic and clinical data form, the Posttraumatic Growth Inventory and the Brief-COPE.

It is expected that the results will serve as a starting point to visualize the presence of PTG in Uruguayan women breast cancer survivors, being able to account for possible factors that favor or hinder its development.

Key words: Cancer, Breast cancer, Women, Posttraumatic Growth, Posttraumatic Growth Inventory.

FUNDAMENTACIÓN:

El presente pre-proyecto de Investigación se enmarca dentro de la propuesta de trabajo final de grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República y se titula: ¿Es posible superar el cáncer de mama y desarrollar un crecimiento postraumático? El mismo propone investigar el desarrollo y permanencia del crecimiento postraumático (en adelante CPT) y su asociación con variables sociodemográficas en mujeres que superaron el cáncer de mama en Uruguay.

La elección de la temática surge a raíz de mi recorrido por el Instituto Nacional del Cáncer (en adelante INCA) en el marco de la práctica clínica de Psiconcología, lugar que me permitió aprender y reconocer la importancia de las intervenciones psicológicas en los momentos más críticos de cada paciente.

Según la Organización mundial de la salud (en adelante OMS, 2022) el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo, donde en el año 2020 se registraron casi 10 millones de defunciones por esta enfermedad. Anualmente se registran alrededor de 17000 casos nuevos y mueren más de 8000 uruguayos por esta enfermedad, constituyendo de esta manera un problema de notoria relevancia en el espectro epidemiológico de nuestro país (Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, en adelante CHLCC, 2022).

Si bien en la actualidad la enfermedad es entendida como multifactorial, alrededor de un tercio de las muertes por cáncer en el mundo se deben al consumo de alcohol y tabaco, a un elevado índice de masa corporal e inactividad física, a dietas poco saludables y a factores genéticos (OMS, 2022).

Según cifras del Ministerio de Salud Pública (en adelante MSP, 2022) el cáncer de mama es el más frecuente en mujeres uruguayas y en la mayoría de los países de alrededor del mundo. En nuestro país se calcula que aproximadamente 1 de cada 11 mujeres podrían desarrollarla en algún momento de su vida.

La CHLCC (2022) sostiene que, en el caso de las mujeres, el cáncer de mama es el que posee la mayor tasa de incidencia y también de mortalidad en nuestro país, siendo la causa de muerte de 689 mujeres en promedio durante el período 2015-2019. Según datos del Registro Nacional del Cáncer para este período, se diagnosticaron en el país aproximadamente 2000 casos por año, lo que significa que 5 mujeres son diagnosticadas de cáncer de mama por día (MSP, 2022).

En cuanto a la sobrevida, el diagnóstico temprano favorece las posibilidades de curación de cáncer de mama, donde la supervivencia se encuentra en cierta medida relacionada con la extensión de la enfermedad al momento de su detección. Es así que en Uruguay “debido a las acciones dirigidas a la detección precoz y al avance en los tratamientos, la mortalidad disminuyó hasta 2014, estabilizándose a partir de ese año” (MSP, 2022, p.11). En esta línea Barrios y Garau (2017) expresan que la tasa de sobrevida en Uruguay en torno a los 5 años se encuentra alrededor del 85%, siendo inferior al 90% y más, que se presenta en los países desarrollados. Sin embargo, no existen al momento estudios recientes en relación a la sobrevida, donde la última información se obtuvo en el año 2005, a través del estudio longitudinal realizado por Vazquez et al., que concluye que luego de 230 meses la tasa de supervivencia fue de un 78,7%.

Tomando en cuenta las cifras expuestas es que resulta pertinente abordar el impacto que la enfermedad produce sobre la población, donde Ochoa et. al (2019) sostienen que “las enfermedades graves como el cáncer son experiencias vitales adversas con un elevado impacto psicológico” (p.2), donde no obstante en algunas situaciones el diagnóstico puede desencadenar cambios vitales positivos en los supervivientes oncológicos. Este cambio es el que se considerará para el presente trabajo como Crecimiento Post Traumático, al que el autor entiende como un cambio profundo tanto en relación a la conducta como del pensamiento, donde la situación adversa atravesada puede ser tomada como una potencialidad, como un factor de crecimiento vital.

El cáncer puede ser considerado una experiencia traumática al significar una amenaza tanto para la integridad física como psicológica de una persona y su entorno, produciendo sensaciones de caos y confusión (Protesoni, 2019). Al respecto Vázquez y Castilla (2014) resaltan que se observan ciertas diferencias entre los pacientes supervivientes oncológicos, donde por un lado se pueden encontrar aquellos que son capaces de retomar sus vidas a largo plazo, posteriormente a los tratamientos, un funcionamiento del tipo normal, mayoritariamente sin síntomas; y por el otro pacientes que con el tiempo no reducen los malestares físicos y psicológicos.

En este sentido Ochoa et. al (2010) mencionan algunas diferencias que tiene el cáncer con otras experiencias traumáticas, como por ejemplo: la naturaleza del estresor múltiple, malestar y temores dirigidos hacia el propio futuro, origen del estresor interno, y falta de un final delimitado que amenaza la vida de forma permanente.

A modo de entender cuándo y cómo se ubica al cáncer como evento traumático Protesoni (2019) sostiene que la inclusión del cáncer como patología vinculada al advenimiento del

trastorno de estrés postraumático, se puede observar recién en la 4ta edición del DSM, donde “se cataloga al cáncer como una experiencia potencialmente traumática, generadora de elevado malestar y sintomatología post traumática para quienes lo padecen” (p.5). A su vez la autora, manifiesta modificaciones en las conceptualizaciones que realiza la 5ta edición, donde el cáncer pasa a ser un fenómeno estresante simple, por lo que el potencial para producir trastornos de estrés postraumático se observará solamente en casos específicos.

En este sentido Montel (citado en Urrutia, 2021) expresa que el temor de que ocurra una recaída podría vincularse a la aparición de síntomas de estrés postraumático, “que sitúan al paciente en un estado de expectativa ansiosa y de autoobservación corporal excesiva y ocasionalmente genera conductas y cogniciones hipocondriacas” (p.31). Sin embargo Ochoa et al. (2010) afirman en base a estudios realizados que entre un 50-90% de los pacientes con cáncer de mama suelen identificar cambios positivos en el transcurso de la enfermedad.

A partir de lo expuesto es que se desprende la pertinencia de estudiar si es posible superar la experiencia del cáncer a través de incluir una mirada acerca de la frecuencia y permanencia del desarrollo del crecimiento postraumático en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. No solo con el objetivo de comprender los posibles factores que la determinan, sino de incluir aquellos que lo mantienen. Finalmente este estudio espera producir datos sobre crecimiento postraumático, con el fin de generar insumos académicos en la temática, así como también sobre el imaginario social de la enfermedad en nuestro país.

ANTECEDENTES:

Para el presente apartado se encontraron estudios que afirman la presencia de CPT durante y después de los tratamientos oncoespecíficos, donde es importante resaltar que los resultados encontrados son recientes y se focalizan en su mayoría en los últimos 10 años.

Vázquez y Castilla (2007) de la Universidad Complutense de Madrid realizan una revisión de las investigaciones y resultados obtenidos hasta el momento en relación al CPT y cáncer de mama, tomando en consideración aspectos sociodemográficos y clínicos más relevantes en la mediación de dicha relación. Los autores observan que los resultados de la búsqueda de artículos sobre crecimiento postraumático son muy variados cuando se analiza la

relación entre el CPT y el tiempo transcurrido desde la aparición del estresor, por lo que la relación podría ser más fuerte en el primer y segundo año después del diagnóstico o tratamiento.

En este sentido Baigorri et. al (2015) llevaron a cabo un estudio descriptivo, correlacional longitudinal con un diseño no experimental, con el objetivo de describir la relación entre el CPT y la Calidad de vida en una muestra de 156 mujeres supervivientes de cáncer de mama, a lo largo de 3 años tras la finalización de los tratamientos. Los participantes demostraron un CPT moderado a alto, a lo largo de las 3 evaluaciones realizadas. Los mayores niveles de CPT estuvieron relacionados con una mejor Calidad de vida.

Por su parte, Morales et. al (2019) analizaron las estrategias de afrontamiento (EA) y CPT de 110 mujeres divididas en dos grupos (con y sin cáncer de mama), con el objetivo de analizar si existen diferencias intergrupales entre las EA y el CPT. Para el estudio se administró el inventario de CPT y el inventario de EA, los resultados mostraron que las mujeres con cáncer de mama no presentaban diferencias estadísticamente significativas con respecto a las mujeres que no habían experimentado esta situación en su CPT. A su vez se mostró que el CPT está relacionado de manera estadísticamente significativa con las estrategias de resolución de problemas, la expresión de emociones, el apoyo social y la reestructuración cognitiva.

En esta línea Villanova et. al (2019) realizaron un estudio exploratorio, con el objetivo de evaluar el CPT y diferentes variables predictoras en mujeres brasileñas con cáncer de mama. Se aplicó el Inventario de CPT a una muestra de 84 mujeres para medir posibles cambios positivos después de una experiencia con cáncer de mama. Los resultados de este estudio confirmaron por lo tanto que tener pareja/marido e identificarse con una religión resultaron ser variables sociodemográficas significativas en los modelos establecidos a través de regresiones lineales. Se concluyó que los cambios positivos que resultan de experimentar cáncer de mama se encuentran presentes en las mujeres brasileñas y se pueden pensar diferentes intervenciones basadas en el estudio de predictores.

Por su parte, Oliveira et. al (2021) realizaron un estudio transversal de investigación cuantitativa respondida online, donde se investigó la relación entre CPT, estilos de afrontamiento y centralidad de eventos. Los resultados demostraron que cuanto mayor es la adversidad percibida, mayor es la posibilidad de crecimiento, siendo las estrategias centradas en el problema, un componente importante para su ocurrencia, lo que significó la posibilidad de crecimiento personal frente a la lucha contra el cáncer de mama.

A nivel Nacional contamos con pocas investigaciones al respecto, recientemente Urrutia (2021) realizó un estudio bajo un diseño experimental cuantitativo de alcances exploratorio y correlacional, con medición previa y posterior así como también incluyó la presencia de un grupo de control. En él explora y analiza el nivel de efectividad de la psicoterapia positiva grupal para supervivientes de cáncer. Utilizó el protocolo Psicoterapia Positiva para supervivientes del Cáncer (PPC) en tres grupos de 15 participantes, posteriormente comparó el resultado con los 14 participantes de un grupo control. Los resultados demostraron que los cambios dentro del grupo experimental fueron estadísticamente significativos a lo largo del tiempo. Se comprobó que la PPC facilita de manera significativa el CPT y genera reducciones en el malestar emocional y estrés postraumático en supervivientes de cáncer.

Por otro lado Sánchez (2021) a través de una revisión sistematizada busca identificar evidencia científica en artículos sobre el crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. En los distintos portales de búsqueda (Dialnet, Google Scholar, Redalyc y Timbó) se encontraron 46 artículos y se seleccionaron 18 que en su mayoría estaban dirigidos al cáncer de mama. Los resultados demostraron que el CPT en pacientes oncológicos es de un interés que viene creciendo, y abarca tanto a pacientes en tratamiento como supervivientes de cáncer, lo que cabe destacar es que todos los artículos encontrados parten del mismo modelo teórico.

Para finalizar el apartado cabe resaltar que luego de la búsqueda de antecedentes es necesario seguir acrecentando la producción científica que aborde la temática tanto a nivel nacional como internacional. Por tal razón se considera pertinente el desarrollo de este estudio, teniendo en cuenta que no se registran investigaciones psicosociales que observen con qué frecuencia se desarrolla el CPT en mujeres supervivientes de cáncer de mama en nuestro país.

MARCO TEÓRICO:

Este marco teórico se encuentra ordenado por subtítulos en el que cada uno se encuentra directamente relacionado con el título principal de este estudio. Comienza por la conceptualización del cáncer según la OMS y el cáncer de mama según el Ministerio de salud Pública, continúa resaltando los aspectos importantes del impacto psicológico, así como también de la supervivencia en el cáncer de mama y la experiencia del mismo como evento traumático. Aborda brevemente nociones sobre el trauma y el trastorno de estrés

postraumático (TEPT) en el cáncer y finaliza con el desarrollo del crecimiento postraumático (CPT) y sus cinco dimensiones.

Cáncer y cáncer de mama:

Según la OMS (2022) es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos. Su extensión es un proceso que se denomina metástasis, la cual se considera la principal causa de muerte por esta enfermedad en todo el mundo. En este sentido Prieto Fernández (2004) sostiene que el cáncer es considerado socialmente como una enfermedad con baja o nula posibilidad de curación, por lo que la experiencia del diagnóstico puede producir un efecto emocional negativo mayor que el observado en el diagnóstico de otras enfermedades.

En cuanto al cáncer de mama se puede decir que “se origina cuando un grupo de células de la mama crecen en forma anormal formando un tumor” (MSP, 2021, p.10), pudiendo ser curable siempre y cuando se detecte a tiempo, ya que el grado de extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico influye significativamente en la supervivencia.

El Impacto psicológico en el cáncer de mama en mujeres y su supervivencia:

La palabra cáncer tiende a producir un impacto tal sobre los sujetos enfermos y su sistema familiar y social, que puede conducir al desarrollo de afecciones psicológicas y emotivas tan relevantes como el cáncer mismo (Prieto Fernández, 2004).

A su vez, particularmente en el cáncer de mama, el órgano donde se aloja implica múltiples pérdidas para la mujer a nivel de su imagen corporal. Las mamas poseen una significación muy particular en el imaginario social, estando culturalmente relacionadas al ámbito de la sexualidad, al atractivo sexual y físico (Protesoni, 2021). En esta línea, se encuentra estrechamente relacionado con la maternidad y la lactancia, por lo tanto, más que un órgano es un símbolo social y culturalmente asociado a lo femenino.

Es así que Fernandez Crespo (2004) plantea que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama encuentran dificultades para enfrentarse al espejo luego que los efectos de los tratamientos oncoespecíficos comienzan a aparecer. Por tanto, la enfermedad y la sensación de mutilación que se genera en la mujer aumentan la vivencia de ansiedad y temor poniendo en riesgo la adherencia a los tratamientos y dificultando la aceptación de la

enfermedad. Estos cambios sostiene el autor pueden ser provisorios, como las alteraciones en la piel, uñas, y peso o como la caída del cabello, y otros; o también pueden ser permanentes como las cicatrices, deformidades, y asimetrías.

Mostrarse desnuda ante su pareja, ante el médico en los controles, e incluso muchas veces ante la mirada de ellas mismas se vuelve imposible, ya que evitan mirarse al espejo porque les provoca "impresión" o "vergüenza" (Fernandez Crespo, 2004). De hecho, para las mujeres mastectomizadas la extirpación tiene repercusiones en su estado físico y emocional, este procedimiento ataca a una de las partes más significativas de la mujer como fue mencionado, arrollando su feminidad, integridad física y sexualidad (Figuroa, 2017).

En la línea de los cambios, Figuroa (2017) manifiesta que la calvicie representa la imagen social del cáncer y en distintas ocasiones la anticipación del deterioro físico y la muerte. En algunos pacientes supone quizás el impacto más grande de la experiencia oncológica, por lo tanto la pérdida de cabello afecta la identidad como mujer en la sociedad.

Se puede comprender entonces como el temor al rechazo y la vergüenza tienden a conducir a los pacientes a tener conductas de evitación de relaciones sociales, ocasionando como plantea Fernandez Crespo (2004) reacciones de aislamiento y encierro. Lo pertinente para el presente trabajo se encuentra por lo tanto en el significado que le atribuyen los pacientes a dichas experiencias. Poniendo énfasis en que mientras que para unos una cicatriz pueda simbolizar los recuerdos de la propia enfermedad, para otros la misma cicatriz es sinónimo de vida y simboliza la posibilidad de curación o de control del cáncer.

En relación a la supervivencia, Figuroa (2017) sostiene que es habitual que al acercarse a la consulta de seguimiento, los pacientes presenten elevados niveles de ansiedad, debido al temor a la recidiva. Ante este temor Urrutia (2021) expresa que tal situación puede facilitar un incremento de la sintomatología del estrés postraumático y malestar psicológico. De hecho algunos autores han hecho la analogía de este miedo a recaer con el mito griego conocido como "la espada de Damocles".

Vázquez y Castilla (2007) afirman por su parte que la experiencia de cáncer ha sido recogida por diversos estudios, donde se destaca la referencia a cambios positivos en áreas de la vida luego del tránsito por la misma. En este sentido la valoración de mujeres pacientes con cáncer de mama, luego de cinco años de supervivencia detallaron percibir cambios en relación a la "percepción de sí mismas, relaciones interpersonales, espiritualidad y prioridades en su vida" (p.392).

La experiencia del cáncer como evento traumático:

Según Ochoa (2017, citado en Protesoni, 2019) las investigaciones sobre la experiencia del cáncer como un suceso traumático ha sido sostenida desde el modelo biomédico y psicosocial. El autor plantea la existencia de tres momentos en las investigaciones, un primer momento sostenido por la tercera edición del DSM, donde se resaltan los aspectos negativos del evento traumático, un segundo momento en el que se comienza a investigar que tales eventos no siempre pueden llevar a desencadenar trastornos mentales y finalmente un tercer momento que se centra más en los aspectos positivos que posibilitan dichos eventos.

En la 3ra edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante DSM) todas aquellas enfermedades médicas potencialmente mortales habían sido intencionalmente excluidas de los manuales diagnósticos como posibles causantes de esta entidad psicológica (Vázquez y Castilla, 2007). La definición de trauma aludía a experiencias extremas y de carácter único, que por su propia naturaleza serían desbordantes y desestabilizadoras para cualquier sujeto. Aquí la reacción esperable y lógica sería una reacción compleja caracterizada por una reexperimentación, evitación e hiperactivación exagerada (Vázquez et. al, 2009).

En La 4ta edición del DSM se modificó de un modo importante la conceptualización de lo que es un suceso traumático y es donde el cáncer comienza a ser considerado de manera oficial un suceso potencialmente generador de estrés postraumático (Vázquez y Castilla, 2007). De este modo se define un hecho traumático como “toda aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física de una persona y ante la que ésta ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos” (American Psychiatric Association, 1995).

Finalmente en la última actualización del manual Urrutia (2021) manifiesta que el cáncer pasará a ser considerado como un fenómeno estresante simple, donde la respuesta al mismo podrá ser tanto adaptativa como desadaptativa, pudiendo ocasionar de manera específica un TEPT o Trastorno por Estrés agudo. De todas formas “ la enfermedad activa un sentido de vulnerabilidad y conciencia de la mortalidad, que son de hecho las características centrales de cualquier evento traumático” (p.52).

Trauma: TEPT y CPT en el cáncer de mama

A partir de lo desarrollado, es que se puede pensar que atravesar el cáncer de mama implica un proceso largo y arduo en el tiempo, que consta de innumerables controles médicos, cirugías, tratamientos invasivos e interroga la continuidad existencial de la mujer, lo que puede ser vivido o no como una situación traumática.

Según Laplanche y Pontalis (1996) el trauma se define como un "acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica" (p. 467).

En este sentido Goncalves (2008) señala que "la gente que sufre de TEPT está estancada en el trauma, reviviéndolo constantemente ... la meta del tratamiento del TEPT es ayudar a la gente a vivir el presente, integrando los recuerdos de los hechos, sin tener que revivirlos permanentemente" (p.209). Para el autor lo traumático es el destino del psiquismo al que puede llegar una persona, en función de que sus recursos internos se vean desbordados energicamente para lidiar con la vivencia traumatogénica. Esto quiere decir que más allá del evento traumático que atravesase un sujeto, en este caso el proceso oncológico, lo que se considera clave son los recursos psíquicos e historia de vida que cuente cada persona para afrontar determinada situación.

Benyakar (2016) propone otra manera de pensar lo traumático, por lo que utiliza el término disruptivo cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo. En este sentido, la etimología de disrumpo hace referencia a "destrozar, hacer pedazos, romper, destruir, establecer discontinuidad. Por lo tanto, disruptivo será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración" (p. 14).

Por su parte Keleman (citado en Goncalvez, 2020) afirma que, tanto la vulnerabilidad psicosocial como estructural del sujeto, en conjunto con herramientas de afrontamiento ineficaces conducen a la experimentación de shock, y reacciones que corresponden a un patrón de disestrés, pudiendo devenir en "perturbaciones transitorias agudas o desarrollar trastornos psicosomáticos crónicos" (p.40).

Por otro lado, Ochoa (2017) sostiene que a pesar del malestar emocional producido por el impacto psicológico que produce el diagnóstico de un cáncer, es posible desencadenar cambios vitales positivos en los supervivientes. Es así que comprende que dichos cambios son los que han sido nominados como Crecimiento Postraumático, siendo estos "cambios

cognitivos y conductuales positivos que se dan después del hecho traumático o adverso” (p.2).

En concordancia Vera, et al (2006) resaltan que es importante recordar que cuando se habla de CPT se hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático, pero que no es universal y no todas las personas que atraviesan experiencias traumáticas encuentran beneficios y crecimiento personal. Es así que expresan que pueden existir dos perspectivas en relación a la naturaleza del CPT, pudiendo considerarse por un lado como un producto de las estrategias de afrontamiento, o por el otro como una “estrategia en sí misma, es decir, la persona utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, de forma que más que un resultado es un proceso” (p.46). El término CPT por tanto, implica un profundo cambio para el paciente no solo en su pensamiento sino en su relación con el mundo, transformando la adversidad en una oportunidad de crecimiento para la vida (Ochoa et al. 2017).

Las cinco dimensiones del CPT

Siguiendo el modelo de Tedeschi y Calhoun (en Ochoa et al. 2017) estos cambios pueden observarse en cinco dimensiones, en el auto-concepto siendo una valorización nueva del sujeto en torno a su resiliencia y fortaleza; en la apreciación de nuevas posibilidades en la vida; en las relaciones sociales, pudiendo establecer así lazos más estrechos con el entorno; en la filosofía de vida a través de un reordenamiento de prioridades, así como también de valores morales; y finalmente en la espiritualidad, pudiendo tener una participación activa en actividades religiosas.

En cuanto a esta última dimensión, la espiritualidad suele presentarse como un recurso psicosocial en estas situaciones, donde de acuerdo con lo planteado por Gómez (2018) resulta como una estrategia terapéutica, que facilita consuelo y alivio, permitiendo hallar sentido a la experiencia de la enfermedad, habilitando a la comprensión y aceptación. Por lo que el autor plantea que “se considera un recurso adaptativo, aumentando los niveles de bienestar existencial a través de indicadores positivos como la fe, esperanza, sentimiento de conexión, tranquilidad, armonía, estados positivos como el propósito y búsqueda de sentido” (p.27).

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

La pertinencia del presente proyecto de investigación, surge a partir de la preocupación e inquietud que genera la elevada prevalencia del cáncer en general, y en particular el cáncer de mama entre las mujeres uruguayas.

Tomando en especial consideración la sobrevida asociada a este, y dada la problemática que implica el cáncer a nivel mundial, y en especial en nuestro país, es que resulta necesario generar nuevos estudios que permitan dar cuenta de la presencia del CPT en el cáncer de mama de mujeres.

Por lo tanto, lo que se pretende aquí es investigar en profundidad la presencia del CPT en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama y ampliar así la mirada desde una perspectiva positiva.

Es así que se propone reflexionar entorno a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el nivel de crecimiento postraumático observado en las mujeres que finalizaron el tratamiento de cáncer de mama?
- En caso de presencia de CPT y tomando en cuenta, el momento de finalizado el tratamiento, a los 6 meses y a los 12 meses: ¿Se mantiene presente a lo largo del tiempo?
- ¿Es posible establecer una relación entre el crecimiento postraumático y variables sociodemográficas?

OBJETIVOS:

- **General**

Estudiar la frecuencia y permanencia del desarrollo del crecimiento postraumático en mujeres supervivientes de cáncer de mama en nuestro país.

- **Específicos**

1. Determinar la frecuencia del CPT en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama.
2. Explorar si el CPT se sostiene en el tiempo
3. Pesquisar si existe una relación entre la presencia de CPT y variables sociodemográficas.

METODOLOGÍA:

Diseño Metodológico

En este capítulo se detallan los aspectos metodológicos tomados en cuenta para el cumplimiento de los objetivos planteados. Se propone así, llevar a cabo un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, del tipo longitudinal mediante una metodología de enfoque cuantitativo. Este enfoque se caracteriza por la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, su fin es establecer pautas de comportamiento y probar teorías, siendo por tanto lo adecuada para el presente proyecto (Hernandez, 2014).

Su carácter descriptivo se sostiene en lo planteado por Canales et. al (1994) quienes resaltan que “permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos” (p.27). Cabe aclarar, a su vez, que se considera exploratorio, debido a que no se cuenta con diversidad de estudios a nivel nacional, siendo implementado al obtener de la revisión de la literatura, ideas investigadas vagamente relacionadas al problema de estudio, anhelando investigar desde nuevas perspectivas (Hernández, 2018).

En este sentido, en particular se decide llevar a cabo un estudio longitudinal prospectivo, lo que implica realizar seguimiento a una muestra a lo largo del periodo de estudio, donde de esta forma se estudia una o más variables a lo largo del tiempo (Pineda y Alvarado, 2008), lo que para esta investigación, sería la determinación del CPT en tres momentos determinados como son: al finalizar el tratamiento, a los seis meses y finalmente a los doce meses.

Población y muestra

Se tomará como población objetivo a 40 pacientes mujeres que hayan finalizado con los tratamientos oncoespecíficos pertenecientes de diversas instituciones, configurándose subgrupos de la siguiente forma:

- 10 Pacientes mujeres del Instituto Nacional del Cáncer (INCA)
- 10 Pacientes mujeres del Centro Hospitalario Pereira Rossell-Hospital de la mujer (CHPR)
- 10 Pacientes mujeres del Servicio Médico Integral (SMI)
- 10 Pacientes mujeres del Hospital Británico (HB)

La selección se debe a la pertinencia de contar con diferencias en cuestiones sociodemográficas para su posterior análisis. A su vez la muestra a considerar será del tipo no probabilística, donde siguiendo los aportes de Hernández-Sampieri et. al (2014) sostiene que implica centrarse en una selección a partir de considerar las características específicas del estudio, dejando de lado la generalización de los resultados. Es así que la ventaja que se obtiene es “una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente” (p.190).

Los criterios de inclusión son:

- Mujeres mayores de 18 años.
- Haber finalizado con los tratamientos oncoespecíficos primarios (quimioterapia, radioterapia y/o cirugía) al momento de realizar el estudio.
- Pacientes que residen en la ciudad de Montevideo, con el fin de poder hacer la valoración a lo largo del tiempo.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes diagnosticados con cancer de mama de sexo masculino.
- Encontrarse en etapa inicial (haber recibido el diagnóstico recientemente) o estar en tratamiento con Radioterapia y/o Quimioterapia al momento del estudio.
- Mujeres con cáncer de mama en etapa terminal (estadío IV).
- Presentar diagnóstico de desorden mental, cognitivo y/o neurológico que pudiera dificultar o impedir completar las preguntas.
- En el caso que exista una recaída del cáncer, la participación se suspenderá de forma definitiva.

Instrumentos de medición:

- **Formulario de datos sociodemográficos y clínicos biomédicos *ad hoc* (adjunto en Anexo II):**

Elaborado específicamente para este estudio con el fin de valorar las características de la muestra. En el mismo se incluyó información respecto a: edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral actual, tipo de cáncer diagnosticado, tipo de cirugía realizada, reconstrucción mamaria, y fecha de finalización de los tratamientos oncoespecíficos.

Se espera que el análisis de estas variables en la población estudiada puedan servir para pensar factores que inciden positiva o negativamente sobre el crecimiento post traumático.

➤ **Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI, Tedeschi y Calhoun, 1996 adjunto en Anexo III):**

El mismo consta de una escala de 21 ítems que incluye factores como: nuevas posibilidades, relación con los demás, fortaleza personal, cambio espiritual y aprecio por la vida, entre otros. El participante debe indicar en cada uno de los ítems el grado en el que este cambio ocurrió en su vida como resultado de su enfermedad, utilizando una escala de tipo Likert, con opciones que van desde el (0) No experimente este cambio como resultado de mi experiencia al (5) Experimenté este cambio en muy alto grado como resultado de mi experiencia.

El inventario CPT, es una herramienta estandarizada que no se ha utilizado a nivel nacional en pacientes oncológicos, por lo que se ejecutará una prueba piloto en condiciones similares a las del estudio en una población reducida a partir de los criterios de inclusión/exclusión. Con ello se verificará el grado de comprensión de cada ítem, así como la disposición de las personas en responder y el tiempo que requiere el encuentro (Pineda y de Alvarado, 2008).

Tomando en cuenta la validez es pertinente mencionar que se utilizará el instrumento adaptado por Esparza-Baigorri et. al (2016) en la ciudad de Buenos Aires, aplicado a 156 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama que obtuvo un índice de consistencia interna adecuada. Es así que sostienen que “la versión Argentina del PTGI es un instrumento válido y confiable para evaluar el crecimiento postraumático en población oncológica” (p.97).

➤ **Escala Brief Cope -Estrategias de afrontamiento: (Perczek et. al 2000; adjunto en Anexo IV)**

Este instrumento permite evaluar las estrategias de afrontamiento, siendo ampliamente utilizada en investigaciones en salud, especialmente en su versión abreviada. Cuenta con 12 subescalas de dos preguntas cada una, para un total de 24 ítems, que categorizan modos de estrategia, ya sea centradas en el problema, en la emoción o del tipo evitativas. Esta escala cuenta con un formato del tipo Likert que va de (1) no hice esto en lo absoluto a (4) hice esto con mucha frecuencia.

En relación a su validez, Reich et al. (2016) obtienen un índice de consistencia adecuada, en la aplicación de la versión abreviada a 203 mujeres uruguayas.

Procedimiento

Primera etapa: luego de una minuciosa búsqueda bibliográfica, se presentará la propuesta ante las autoridades y médicos de las distintas instituciones (INCA, SMI, CHPR, HB) y se proseguirá con las autorizaciones correspondientes de las direcciones de dichos centros donde se realizará el trabajo de campo. Una vez obtenidos los avales, se coordinará con los equipos médicos oncológicos de las instituciones para instrumentar las derivaciones de pacientes a partir de los criterios de inclusión/exclusión y se pondrá a disposición un consultorio para la realización de estas.

Posteriormente se realizará un encuentro de carácter informativo de manera presencial, de 10 participantes por cada institución. Se explicarán las características del estudio y su finalidad, realizando las firmas del consentimiento informado y finalmente se aplicará el cuestionario sociodemográfico y clínico biomédico. En cuanto al mismo es importante resaltar que se aplicará en su totalidad al inicio del estudio (al finalizar con los tratamientos oncoespecíficos primarios) y se repetirán a largo del tiempo solamente aquellos que se consideren relevantes para dicho estudio, como por ejemplo: edad, estado civil, situación laboral actual, tipo de cáncer diagnosticado y el tipo de cirugía realizada.

Segunda etapa: la presente etapa consiste en la aplicación del inventario de crecimiento postraumático, así como el Brief Cope en tres momentos a lo largo del tiempo, el primero específicamente luego de haber dado por finalizado los tratamientos oncoespecíficos primarios (se excluye la terapia hormonal¹). Un segundo momento a los 6 meses y el tercer momento a los 12 meses de aplicados por primera vez los inventarios.

Resulta pertinente realizar la toma de respuestas a lo largo del tiempo con el fin de ver no solo si se presenta el CPT, sino a su vez si logra mantenerse. Esto podrá permitir analizar aquellos dominios que se hayan mantenido, disminuido o aumentado a lo largo del tiempo, enriqueciendo el análisis final de datos, en conjunto con variables sociodemográficas que hayan podido influir para esto.

¹La terapia hormonal se usa a menudo después de la cirugía (como terapia adyuvante) para ayudar a reducir el riesgo de que regrese el cáncer. A veces se inicia antes de la cirugía (como terapia neoadyuvante). Por lo general se administra al menos de 5 a 10 años.

Primer encuentro informativo con pacientes. Explicación y firma del consentimiento informado. Aplicación de cuestionario sociodemográfico																		
Segunda etapa del estudio: Inicio 6 meses 12 Meses																		
Análisis de la información recabada																		
Difusión de los resultados																		

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La investigación se basará en el código de Ética del Psicólogo (2001) y el Código Internacional de Núremberg (1949). Para la ejecución de la investigación se solicitará la aprobación y el consentimiento del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, de acuerdo al Decreto CM 515 del Poder Ejecutivo 4/08/2008 sobre Investigación con seres humanos.

En cuanto a los participantes, al momento de contactarlos se les comunicará el motivo, los objetivos y finalidad de la investigación. A su vez se testificará que comprendan claramente que la participación en este estudio es de forma voluntaria y que podrán desistir de ella cuando lo deseen.

Mediante consentimiento informado (una copia del documento se encuentra en el anexo I) les transmitirá a los participantes todo lo alusivo acerca de la investigación en un lenguaje simple y claro. La confidencialidad del material se asegurará borrando cualquier dato que pueda hacer reconocible a los pacientes voluntarios.

A cada consentimiento informado, así como a cada instrumento utilizado en dicho estudio se solicitarán los últimos cuatro dígitos del documento de identidad, a modo de poder identificar cada formulario sin dañar y proteger la confidencialidad de cada participante.

En lo que respecta a los riesgos, la presente investigación puede generar en las participantes cierto movimiento afectivo, por este motivo las mismas podrían presentar una situación de vulnerabilidad emocional. En este caso, se procurará resolver dicha situación a través de un adecuado acompañamiento terapéutico con estudiantes avanzados de psicología.

RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN:

A través de esta investigación se pretende cumplir con los objetivos planteados, así como dar respuesta a las preguntas que la guían.

Se espera que estos resultados sirvan como puntapié inicial para visualizar la presencia del CPT en mujeres uruguayas sobrevivientes de cáncer de mama, pudiendo dar cuenta de posibles factores que favorezcan o entorpezcan su desarrollo. Así mismo, se considera que los datos resultantes serán de gran utilidad para la sociedad médica, los equipos de salud mental, pacientes y familiares, así como para la sociedad en general.

Una vez culminada la investigación se programaran jornadas en las diversas instituciones participantes, donde se expondrán los resultados del estudio ante las autoridades, equipos médicos y público interesado.

Para finalizar cabe aclarar que los resultados de la investigación no contarán con datos personales identificativos de las participantes con el fin de no generar perjuicio alguno, proteger la integridad moral y el derecho al anonimato de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5*. Médica Panamericana.
- Arnau, J. y Bono, R. (2008). *Estudios longitudinales. Modelos de diseño y análisis*. Estudios de Psicología, 2-1, 32-41. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Baigorri, T., Martínez, T., Leibovich de Figueroa, N., Campos-Ródenas, R., y Lobo-Satué A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de Cáncer de mama. *Psicooncología*, 12 (2-3), 303-314.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5314158>
- Baigorri, T., Leibovich de Figueroa, N., Martínez, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población Argentina. *Ansiedad y Estrés* 22 97-103
- Barrios, E y Garau, M. (2017). Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anales de la Facultad de Medicina* 4(1), 7-161
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542017000100007
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas* En E.Ramos, A.Taborda, C. Madeira (comp). Nueva Editorial Universitaria- U.N.S.L
- Canales, F., Alvarado, E., y Pineda, E. (1994). *Metodología de la Investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud (No. 35)*. Organización Panamericana de la Salud. PALTEX
- Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer. (2022). Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer.
<https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--Mayo-2020-uc108>
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2-3), 169-180.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1958467#:~:text=Buscar-,Alteracion>

[es%20psicol%C3%B3gicas%20asociadas%20a%20los%20cambios%20en.f%C3%A9sica%20en%20los%20pacientes%20oncol%C3%B3gicos&text=Los%20cambios%20en%20la%20apariencia%20f%C3%ADsica%20que%20con%20frecuencia%20aparecen.pacientes%20de%20c%C3%A1ncer%20deben%20enfrentarse.](#)

Figueroa, M. (2017). *Guía para el autocuidado y detección de cáncer de mama*. Universidad Autónoma de Nayarit. ECORFAN

Gómez, C. (2018). *La espiritualidad: un constructo dinámico que opera como factor protector de la salud mental de las mujeres con cáncer de mama*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República].

Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/35763>

Gonçalves, L. (2020). *Trauma y pandemia*. Montevideo: Psicolibros Universitario.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Selección de la muestra. Metodología de la Investigación*, 6, 170-191.

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawHill.

Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.

Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía de práctica clínica de detección temprana del cáncer de mama: Tamizaje y diagnóstico precoz*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-deteccion-cancer-mama>

Ministerio de Salud Pública. (2021). *¿Qué quieres saber sobre el cáncer de mama?*

Información para pacientes, sus familias y su entorno cercano.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/quieres-saber-sobre-cancer-mama-informacion-para-pacientes-sus-familias>

Morales, L; Gil, P; Gómez, R y Guil, R. (2019). *Estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático en mujeres con y sin cáncer de mama*. INFAD 4, 95-106.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7376069>

Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., y Borrás, M. (2017). *Psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer con elevados niveles de malestar emocional: la*

facilitación del crecimiento postraumático reduce el estrés postraumático.

International Journal of Clinical and Health Psychology. 1-10.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33749097004>

Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I., y Gil, F. (2010).

Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.

https://www.researchgate.net/publication/256496014_PSICOTERAPIA_POSITIVA_GRUPAL_EN_CANCER_HACIA_UNA_ATENCION_PSICOSOCIAL_INTEGRAL_DEL_SUPERVIVIENTE_DE_CANCER

Oliveira, J., De Arruda, C., y Marcelli, C. (2021). *Crecimiento pos-traumático no cáncer de*

mama: centralidade do evento e coping. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<https://www.scielo.br/j/psuf/a/n8t9ZCs7pScQfHQcgmvkKyy/>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Cáncer.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Pérez Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora.

Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas.

https://www.pauperez.cat/wp-content/uploads/2018/02/Trauma_Culpa_Duelo_Psicoterapia.pdf

Pineda, E; Alvarado, E. (2008). Metodología de la Investigación. *Organización*

Panamericana de la Salud.

Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista profesional Española de terapia*

cognitivo-conductual 2, 107-120. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/283853>

Protesoni, A. (2019). *Cáncer: trauma, estrés y crecimiento*. [Tesis de doctorado, Universidad de la República].

Reich, M., Costa, C., Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief Cope para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología*

Latinoamericana, 34 (3), 615-636.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79947707014>

Sánchez, J. (2021). *Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República].

- Urrutia.C. (2021). *Efectividad de una psicoterapia positiva para supervivientes de cáncer en Uruguay*. [Tesis de maestría, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/32638>
- Valencia, S. (2016) . Manual introductorio al SPSS Statistics Standard. Edition 22 (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico Nacional).
https://www.fibao.es/media/uploads/manual_de_spss_universidad_de_celaya.pdf.
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4 (2-3), 385-404.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220385A>
- Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas* 375-392. Ed. Pirámide.
- Vázquez, T., Krygier, G., Barrios, E., Cataldi, S., Vázquez , A., Alonso,R., Estellano, F., Folle, E., Laviña, R., Delgado, F.,y Pressa,C. (2005). Análisis de sobrevida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses Trabajo de equipo multidisciplinario. *Rev Med Uruguay* 21(2), 107-121
<https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/814>
- Vera, B; Carbelo, B y Vecina,M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y Crecimiento postraumático. *Papeles del psicologo*, 27 (1), 40-49 <https://www.papelesdelpsicologo.es/contenido?num=1120>
- Villanova Quiroga C., Bridi, L., Rudnicki, T., y De Lima, I. (2020). Crecimiento postraumático y variables predictoras en mujeres brasileñas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 17(1), 91-103. Doi: <https://doi.org/10.5209/psic.68243>

LISTA DE ABREVIATURAS:

ANOVA: Analysis of Variance

CHLCC: Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rosell

CPT: Crecimiento Postraumático

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

EA: Estrategias de Afrontamiento

HB: Hospital Británico

INCA: Instituto Nacional del Cáncer

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

PPC: Psicoterapia Positiva para supervivientes de Cáncer

PTGI: Inventario de Crecimiento Postraumático

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SMI: Servicio Médico Integral

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

ANEXOS:

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO**Facultad de Psicología. Universidad de la República****Proyecto:**

¿Es posible superar el cáncer de mama y desarrollar un Crecimiento Postraumático?

Responsable:

Estudiante de grado: Natalia Machado Silva, Facultad de Psicología- Udelar Teléfono: 099 xxx xxx,
email: natimachado1992@gmail.com

El objetivo de este proyecto es estudiar la frecuencia y permanencia del desarrollo del crecimiento postraumático (CPT) y su asociación con variables sociodemográficas en mujeres que superaron el cáncer de mama.

Con este estudio se pretende observar:

- La frecuencia del CPT en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama
- Investigar la relación el CPT con variables sociodemográficas
- Analizar si el CPT se sostiene en el tiempo o suele desaparecer.

El material recabado será analizado de forma confidencial. Se utilizarán procedimientos adecuados para preservar la identidad de los participantes de la investigación (supresión de referencias que identifiquen a los participantes, etc.) de acuerdo al Decreto CM/515 del

Poder Ejecutivo, Ley Habeas Data 2009) y del artículo 5 de la ley 18.331 sobre Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data, con lo cual le garantizamos que la identidad de los intervinientes no será dada a conocer bajo ningún punto de vista.

Si tiene cualquier pregunta o duda puede contactar a la investigadora responsable del estudio mediante los medios facilitados anteriormente.

Consentimiento informado para mujeres participantes de la investigación:

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por la Estudiante de grado: Natalia Machado Silva Facultad de Psicología- Udelar.

- Entiendo que la participación es voluntaria.
- Entiendo que se puede abandonar el estudio en caso que lo considere.
- He recibido suficiente información en relación con el estudio.
- He tenido oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias.
- He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a la intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

ANEXO II

FORMULARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO BIOMÉDICO:

A continuación se le realizarán una serie de preguntas sobre datos sociodemográficos y sobre su enfermedad. Por favor, conteste las siguientes preguntas.

Indique su nombre completo:

Indique su fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Indique su edad actual:

Indique su estado civil

- Soltera
- Casada (con pareja estable)
- Separada
- Viuda

Indique su nivel educativo

- Sin estudios
- Primaria completa
- Secundaria completa
- Bachillerato
- Educación técnico profesional
- Universitaria

Indique su situación laboral actual:

- Pasiva
- Activa
- Jubilada
- Licencia laboral o incapacidad permanente
- Baja laboral
- Otros

En cuanto a su enfermedad, por favor escriba el tipo de cáncer diagnosticado:

En el caso que corresponda, Indique el tipo de cirugía realizada

En cuanto a la reconstrucción mamaria, indique si le fué realizada o no

- Si
- No

Por favor indique la fecha (dd/mm/aaaa) que finalizó con los tratamientos primarios:
quimioterapia, radioterapia.

ANEXO III

INVENTARIO DE CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

	No cambió	Muy poco cambio	Poco cambio	Cambio moderado	Alto grado de cambio	Muy alto grado de cambio
Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida						
Tengo mayor apreciación por el valor de mi propia vida						
Desarrollé nuevos intereses						
Me siento más autosuficiente						
Tengo mejor entendimiento de las cosas espirituales						
Puedo ver mas claramente que puedo contar con otras personas en tiempos difíciles						
Me abrí un nuevo camino en mi vida						
Me siento más cercana, allegada a otras personas						
Puedo expresar mis emociones con más facilidad						
sé que puedo enfrentar dificultades						

Estoy capacitada para mejorar mi vida						
Me siento mejor capacitada para aceptar las cosas como vengan						
Siento mayor apreciación por cada día de vida						
se me presentaron nuevas oportunidades que no se me hubiese presentado de otra forma						
siento mayor ompasión por los demás						
Me esfuerzo más en mis relaciones personales						
Tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan cambios						
Tengo más fé en mi religión						
Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba						
Aprendí que la gente es maravillosa						
Se me hace más fácil aceptar que necesito de los demás						

ANEXO IV

**Brief COPE (Carver, 1997) Versión en castellano de Perczek, Carver, Price, y
Pozo-Kaderman (2000)**

Las siguientes son algunas maneras de enfrentarse y adaptarse a situaciones difíciles. Piense en una situación difícil que Ud. tuvo que enfrentar. Estamos interesados en saber cómo Ud. se enfrentó y se adaptó a esa situación difícil.

1	2	3	4
No hice esto en lo absoluto	Hice esto un poco	Hice esto con cierta frecuencia	Hice esto con mucha frecuencia

Debajo de cada frase encontrará una cuadrilla en la que deberá marcar con una cruz aquella opción con la que se identifica: 1, 2, 3 ó 4. Sólo marque una de ellas.

Yo me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo me dije a mí mismo(a): esto no es real.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo recibí apoyo emocional de otras personas.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo tomé acción para poder mejorar la situación.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo rehusé creer que esto hubiera pasado.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo traté de crear una estrategia para saber qué hacer

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo hice bromas acerca de esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto(a), dormir, o ir de compras.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo expresé mis pensamientos negativos.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo aprendí a vivir con esto.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo pensé mucho cuáles eran los pasos a tomar.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo recé o medité.

1	2	3	4
---	---	---	---

Yo hice gracia de la situación.

1	2	3	4
---	---	---	---