



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL
INVENTARIO DE CRECIMIENTO
POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

ANDREA SILVANA PAZ POBLETE

LIMA- PERU

2020

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda
Presidente

Lic. Rita Arleni Caldas Domínguez
Vocal

Lic. Rita Selene Orihuela Anaya
Secretaria

ASESORA DE TESIS

Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles

DEDICATORIA

Con amor, a Silvana y a Lita

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a cada uno de los pacientes que me brindó la oportunidad de conocer de cerca sobre su experiencia en ese proceso tan difícil. Cada escucha fue muy valiosa.

A mi familia: A mis papás, hermano, tíos y primas. Por ese interés, escucha, curiosidad, aliento y sobretodo por mostrar su apoyo y mucho cariño.

A mis amigas, por sus preguntas y escucha en cada parte de este proceso. Esas amigas que son ahora mis colegas, pero también a esas amigas que siendo economista o abogada me dieron un aporte y apoyo importante.

A Pamela, por compartir conmigo mucho de sus conocimientos y esa pasión por la *Psicología Positiva* y el *CPT*. Pero, lo más importante, por su cariño y acompañamiento en cada parte de este proceso. Siendo lo más lindo de todo esto, su valiosa amistad.

A Flor Arrunátegui, quien me brindó un cariño especial desde que me conoció como interna del INEN, me dio esa fuerza para empezar y continuar cada trámite en el hospital. Sobretodo, esas cálidas y cariñosas palabras al inicio: “*Te aconsejaré como si fueras una de mis hijas*”.

A mi asesora de tesis, Elizabeth Dany Araujo, por sus asesorías y su tiempo.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 3

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 3

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA..... 5

3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN..... 8

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 10

4.1. OBJETIVO GENERAL..... 10

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 10

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO..... 12

1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES 12

1.1. Trauma 12

1.2. El Cáncer Percibido como un Evento Traumático 12

1.3. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) 13

1.4. Trastorno de Estrés Postraumático en Pacientes Oncológicos 15

1.5. Crecimiento Postraumático (CPT)..... 16

1.6. Dimensiones a Nivel Teórico del Crecimiento Postraumático 19

1.7. Factores del Estudio Original del ICPT 20

1.8. Resiliencia..... 21

1.9. Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos..... 22

2.	INVESTIGACIONES ENTORNO AL PROBLEMA.....	25
2.1.	Investigaciones Internacionales	25
2.2.	Investigaciones Nacionales	30
3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES	
3.1.	Crecimiento Postraumático.....	31
3.2.	Estrés Postraumático.....	31
3.3.	Satisfacción con la Vida.....	32
	CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	34
1.	NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	34
2.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.	NATURALEZA DE LA POBLACIÓN Y DE LA MUESTRA.....	35
3.1.	Descripción de la población.....	35
3.2.	Descripción de la muestra y método de muestro	35
3.3.	Criterios de inclusión y exclusión.....	39
4.	INSTRUMENTOS.....	41
4.1.	Inventario de Crecimiento Postraumático.....	41
4.2.	Escala del Impacto Estresor Revisada	42
4.3.	Escala de Satisfacción con la Vida	43
5.	PROCEDIMIENTO	44
6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
7.	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	49

CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es identificar las evidencias psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) en una población adulta oncológica (N=210) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). El ICPT es actualmente el principal instrumento de medida para evaluar los cambios psicológicos positivos que una persona experimenta después de atravesar una situación percibida como traumática. El nivel y tipo de investigación es aplicada, con diseño no experimental y de corte transversal. Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) donde se utilizó el método de factorización de ejes principales con rotación Varimax. Se hallaron dos factores, denominados: Intrapersonal e Interpersonal (16 ítems); los cuales explicaron el 62.24% de la varianza total. Se obtuvo una alta confiabilidad, a través del Alfa de Cronbach ($\alpha=.93$). También se encontró una validez convergente mediana significativa con la variable de Satisfacción con la vida (SV). En cuanto a la validez convergente, se encontró que no existe una correlación significativa con el Estrés Postraumático (TEPT). En conclusión, la versión peruana del ICPT es un instrumento válido y confiable para evaluar el Crecimiento Postraumático en población oncológica peruana.

Palabras claves: Crecimiento Postraumático, Estrés Postraumático, Satisfacción con la Vida, Propiedades Psicométricas, Oncología.

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the psychometric evidence of the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) in an adult cancer population (N = 210) of the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN). The PTGI is currently the main measuring instrument to evaluate the positive psychological changes after going through a situation perceived as traumatic. The level and type of research is applied, with a non-experimental and cross-sectional design. An Exploratory Factor Analysis (EFA) was performed where the method of main axis factorization with Varimax rotation was performed. Two factors were found, called: Intrapersonal and Interpersonal (16 items); which explained 62.24% of the total variance. High reliability was obtained, through Cronbach's Alpha ($\alpha = .93$). As well as a significant median convergent validity was found with the Satisfaction with life variable (SWL). Regarding convergent validity, it was found that there is no significant correlation with Posttraumatic Stress (PTSD). In conclusion, the Peruvian version of the ICPT is a valid and reliable instrument to evaluate Posttraumatic Growth in Peruvian oncological population.

Keywords: Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress, Satisfaction with Life, Psychometric Properties, Oncology.

INTRODUCCIÓN

El enfoque de la psicología clínica en los últimos 70 años a nivel mundial se ha centrado en responder al dolor existente en las personas buscando una comprensión adecuada de las configuraciones psicológicas relacionadas a trastornos y sus síntomas, lo cual ha dado lugar a importantes avances en términos de prevención, evaluación e intervención (Stockton, Hunt y Joseph, 2011; Seligman, 2011; Teixeira y Pereira, 2013). Aproximadamente el 90% de las investigaciones relacionadas al concepto de trauma, se han enfocado en las consecuencias negativas tanto psicológicas, físicas y/o sociales (Azzani, Roslani y Su, 2014; Tedeschi, Calhoun y Groleau, 2014).

En los últimos 20 años de la reciente aparición de la psicología positiva liderada por los trabajos de Seligman y Csikszentmihalyi (2000), investigadores y psicólogos han comenzado a estudiar desde el rigor del método científico las fortalezas y potenciales humanos (Aspinwall y Tedeschi, 2010; Ochoa, Casellas-Grau, Vives y Font, 2017, Seligman 2011; Taku, Cann, Tedeschi y Calhoun, 2008). Este fenómeno ha captado la atención de distintos investigadores alrededor del mundo, aunque su origen tiene la misma antigüedad que la raza humana (Tedeschi, Calhoun y Groleau, 2014). Dicho fenómeno hace referencia a la utilización de recursos externos y/o internos, desarrollo de fortaleza y el crecimiento personal a partir del afrontamiento de situaciones catalogadas como críticas o adversas (Tedeschi y Calhoun, 1996, citado por Tedeschi, Shakespear Finch, Taku, y Calhoun, 2018). Los últimos estudios reportan que el 52,6% de los individuos que atraviesan una situación de vida etiquetada como traumática, reportan indicadores

importantes de crecimiento personal, fortaleza y percepción de una transformación positiva en sus vidas (Xiaoli, et al., 2018). Asimismo, se ha encontrado que dichos indicadores están directamente asociados a conceptos como los de resiliencia, satisfacción con la vida y bienestar. (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, Reeve, 2012; Lorna, 2016)

La génesis del estudio de dicho fenómeno se inició con los estudios pioneros de Frankl (1961) y Caplan (1964), quienes reconocieron la posibilidad del crecimiento personal en circunstancias altamente estresantes. Actualmente, los últimos hallazgos reafirman los resultados de las primeras investigaciones, y agregan al estrés como un componente esencial para el crecimiento personal luego de un periodo de crisis (Tedeschi y Calhoun, 1996; Tedeschi et al., 2018). Es por tal motivo, que se afirman que los sucesos traumáticos no sólo producen dolor, daño y angustia, sino que también pueden convertirse en pilares importantes para lo que hoy por hoy se conoce como “Crecimiento Postraumático” (Joseph y Linley, 2008; Tedeschi y Calhoun, 1996; Triplett et al., 2012).

El crecimiento postraumático es definido como la manifestación de los cambios positivos a nivel cognitivo y conductual que surgen después de experimentar un evento percibido como traumático. Del mismo modo, Tedeschi y Calhoun, desarrollaron en 1996 el Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT), que, en la actualidad es el principal instrumento dedicado a estudiar los cambios personales positivos que ocurren tras experimentar una situación percibida como un traumática (Tedeschi y Calhoun, 1996; citado por: Tedeschi et al., 2018).

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, teniendo un importante impacto socioeconómico a nivel mundial y nacional. Según indican las investigaciones, la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. (American Cancer Society, 2019; Organización Mundial de La Salud [OMS], 2019). En el 2018, se reportó una incidencia de 18 078 957 de casos de cáncer a nivel mundial (OMS, 2019) y en el Perú fue de 11514 (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2019). Este problema es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un tema sustancial y se considera que es una población que debe estudiarse, (OMS, 2019). No sólo el paciente oncológico se ve afectado por la propia enfermedad a nivel psicológico, físico y social; sus cuidadores primarios, y vínculos significativos también se ven involucrados por el mismo evento traumático desde una posición distinta pero igual de importante (Esparza- Baigorri, Leibovich de Figueroa, y Martínez.Terrer, 2016).

El número de investigaciones en población oncológica en el Perú, específicamente en el ámbito de lo que se conoce con el nombre de psicooncología es escaso. Del mismo modo, dentro de este grupo reducido de publicaciones científicas que existen, tienden, en su mayoría, a enfocarse en los efectos negativos o disruptivos de la enfermedad, haciendo casi nula la existencia de bibliografía

científica sobre los aspectos positivos y el crecimiento personal que existe después o durante el cáncer (Trigoso, 2012; Ochoa et al., 2017).

Del mismo modo, actualmente no existe una validación en población peruana de un instrumento que mida o evidencie los cambios psicológicos positivos después de un evento traumático, específicamente en enfermedades crónicas como el cáncer, o por lo menos, no se encuentra a disposición del público. Además, las investigaciones realizadas con el constructo de Crecimiento Postraumático, en otros países divergen en resultados, en términos de componentes factoriales lo cual se explica por la diversidad cultural asociada a las muestras (Weiss y Berger, 2006; García, Cova Solar y Melipillán, 2013).

Finalmente, terminamos cuestionándonos, ¿Existen evidencias psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población oncológica peruana?

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que, el diagnóstico oncológico y el tratamiento que éste conlleva, son eventos bastante estresantes debido a que de por sí, representan una amenaza para la vida del propio paciente. Es por tal motivo, que es común que durante o después del trascurso de enfermedad oncológica, aparezcan síntomas de depresión mayor, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (García-Torres, Alós y Perez- Dueñas, 2015). No obstante, es importante considerar también que, experiencias de enfermedad como esta, pueden ser una oportunidad para dar lugar y fortalecer el desarrollo de lo que se ha denominado “Crecimiento Postraumático” (CPT) (Ochoa et al., 2017).

En cuanto al aporte teórico de la presente investigación, es importante que se utilice la literatura del crecimiento postraumático (CPT) en el campo clínico debido a que podría ampliar el foco del tratamiento psicológico en términos de evaluación e intervención, generando del mismo modo nuevas posibilidades en los pacientes en el momento de evaluar su propia experiencia durante el proceso de enfermedad (Tedeschi y Calhoun, 2006; citado por Tedeschi, et al., 2018).

El aporte práctico de este estudio, se ve evidenciado, dentro del trabajo psicoterapéutico al brindarle esperanza de vida a los pacientes, en el que se trasmite la idea que el trauma puede ser interpretado de diversas formas, de tal manera que, se genera un espectro mayor de consecuencias en términos positivos (Linley y Joseph, 2004; Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos, y Vlahos, 2008, Cadell, Suarez, y Hemsworth, 2015). Con la utilización del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) tanto el paciente como el psicólogo clínico pueden apreciar el grado de manifestación del crecimiento postraumático y en qué áreas de la vida

del paciente se expresan. Por lo tanto, resulta ideal la integración de ambas perspectivas (tanto de crecimiento como de deterioro) para lograr un servicio que toma en consideración el carácter holístico de la salud (Mystakidou et al., 2008), brindando así una representación más amplia en términos de estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer (Brunet, McDonough, Hadd, Crocker, Sabiston, 2010).

A nivel social, al tomar en cuenta esta visión integral y holística de lo que representa un evento traumático como el cáncer, como sociedad aprendemos a ampliar nuestra perspectiva y lo que representa una experiencia difícil o incluso una crisis en la vida. A veces, como sociedad y seres humanos, no podemos controlar y detener la aparición de ciertos eventos que podrían ser potencialmente traumáticos para un individuo. Pero lo que sí podemos hacer, como profesionales de la salud es enfocarnos en la prevención e intervención a través de la psico-educación de esta re-significación de lo que el trauma significa para cada individuo y cómo afrontarlo después de haber ocurrido (Xiaoli, et al., 2018).

Es sustancial que los profesionales de la salud tengan en consideración el sin número de posibilidades que existen en sus pacientes luego de experimentar un trauma ya que éstos pueden tener un carácter asociado a consecuencias positivas como negativas (Tedeschi y Calhoun, 2006; citado por Tedeschi, et al., 2018).

Es por tal motivo, que resulta necesario realizar un estudio psicométrico y del ICPT en población oncológica peruana, debido a que aún no hay estudios previos en dicho campo.

La identificación de las evidencias psicométricas del ICPT de manera minuciosa y detallada es crucial, ya que las medidas de salud mental no válidas

pueden conducir a intervenciones psicológicas erróneas exacerbando las disparidades que existen entre la salud y la atención de la salud mental (Cadell, et al., 2015). Es por ello que el presente estudio cobra importancia, debido a la necesidad de desarrollar futuras investigaciones en las que se analicen las propiedades psicométricas de las pruebas y escalas psicológicas con el fin de poder diseñar intervenciones psicológicas eficaces para los pacientes con dicha enfermedad.

Por lo tanto, el análisis de la propiedad psicométrica del ICPT al contexto peruano es una iniciativa original en su campo, ya que no se tiene conocimiento de antecedentes nacionales similares o pruebas que midan el crecimiento postraumático específicamente en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, por ello puede ser el inicio de futuras investigaciones e intervenciones psicológicas vinculadas a enfermedades crónicas.

3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se identificaron las siguientes limitaciones:

La primera limitación es el diseño transversal del estudio, ya que al haber sido aplicado en un momento específico, generalmente los voluntarios que se ofrecen para participar en un estudio como este, probablemente son quienes tienden a haber experimentado un mejor crecimiento psicológico, de todas formas, se convierte en un sesgo para futuros resultados en investigaciones (Brunet et al., 2010; Cordova, Cunningham, Carlson y Andry- kowski, 2011; Cordova, Giese-Davis y Golant, 2007).

La segunda limitación gira en torno al tipo de tratamiento oncológico y el tiempo de enfermedad del paciente con mayor rigurosidad como un factor que puede influir en el CPT. Cada uno de los tratamientos oncológicos son distintos y tienen un impacto diferente en cada uno de los pacientes, la intensidad y la frecuencia varía, por lo que hace que la experiencia de cada una de las personas que lo recibe cambia y no sea la misma (Mattia et al., 2018) y el tiempo de enfermedad juega un rol importante en como el paciente percibe su experiencia. Así como también, es importante considerar que hubo variables que no pudieron ser controladas como es el apoyo social percibido por el paciente, los rasgos de personalidad propios de cada individuo o el tratamiento oncológico.

Finalmente, la tercera limitación se relaciona al lugar de donde provienen los pacientes tomados en la muestra. Es importante tomar en cuenta que la investigación ha sido realizada únicamente con pacientes del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas, los cuales comparten ciertas características sociodemográficas, y quizá no se pueda generalizar a poblaciones distintas a la

estudiada debido a la diferencia cultural o socio económica que pueda existir entre las poblaciones.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 OBJETIVO GENERAL

4.1.1. Identificar las evidencias psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) de Tedeschi y Calhoun (1996) en una población adulta de pacientes oncológicos que asisten al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Determinar la validez de constructo del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) mediante un análisis factorial exploratorio en una población adulta de pacientes oncológicos que asisten al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

4.2.2 Determinar la validez convergente entre el Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) y la Satisfacción con la Vida desarrollada por Diener (SV) mediante un análisis correlacional con el coeficiente de Pearson en una población adulta de pacientes oncológicos que asisten al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

4.2.3 Determinar la validez divergente entre el Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) y la Escala del Impacto Estresor- Revisión Peruana (EIE-RP) mediante un análisis correlacional con el coeficiente de Pearson en una población adulta de pacientes

oncológicos que asisten al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

- 4.2.4 Determinar la confiabilidad de consistencia interna del Inventario de Crecimiento postraumático (ICPT) y de sus dimensiones mediante el coeficiente Alpha de Cronbach en una población adulta de pacientes oncológicos que asisten al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

1. ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES

1.1. Trauma

La mayoría de personas suele atravesar situaciones adversas en la vida, tales como enfermedades, eventos críticos, accidentes, pérdidas y/o conflictos. Así mismo, dichos eventos considerados traumáticos tales como la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida del ser humano (OMS, 2019; Tedeschi y Calhoun, 1999, 2006).

El trauma ha sido definido como la exposición a una situación que amenaza la integridad física y psicológica de la persona en cuestión o a un pariente cercano (American Psychology Association [APA], 2013).

A lo largo de las décadas, la investigación científica ha tenido una tendencia a enfocarse en las consecuencias negativas de este tipo de experiencia. La gran mayoría de investigaciones y evidencia científica relacionada al concepto de trauma se ha concentrado en efectos tales como síntomas de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad relacionados a este (Brunet et al., 2010).

1.2. El Cáncer Percibido como un evento traumático

El paciente que se encuentra atravesando una enfermedad oncológica no sólo se ve desafiado a tolerar el dolor físico que éste implica, sino que también se ve expuesto frente a una presión emocional y a carga financiera por las mismas implicancias del tratamiento. La sintomatología depresiva y ansiosa son bastante

comunes en personas con dicho diagnóstico de enfermedad (Al Jadili, M. y Thabet, A., 2017).

Entendiendo el trauma, como la exposición a un evento que amenaza la integridad de la persona, tanto a nivel físico como emocional; hace descripción de lo que atraviesa una persona con cáncer. El paciente se ve expuesto a tratamientos que lo afectan físicamente o incluso, el mismo curso de la enfermedad trae consigo un deterioro físico importante. Del mismo modo, enfrentarse a un dolor a nivel corporal también conlleva a un enfrentamiento a nivel cognitivo y emocional (Jin, Xu, Liu y Liu, 2014). El ser conscientes de todos estos cambios propios del diagnóstico oncológico, las personas reportan experiencia como una situación traumática en cuanto a que percibir a la misma enfermedad como una amenaza hacia ellos mismos. (Hyphantisa, Paikaa, Almyroudia, Kampletsasb, Pavlidisb, 2011; Li Liu, Liu, Zhang, Ze Dai y Wu, 2017)

1.3. Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza por la presencia de pensamientos intrusivos, los cuales pueden implicar la recreación en términos mentales del evento traumático mediante flashbacks o sueños, lo cuál ha sido interpretado por diversos clínicos e investigadores como un esfuerzo mental para lograr la asimilación de aquello considerado traumático (Stein, Syrjala y Andrykowski., 2008).

Es importante enfatizar que dicho trastorno se configura a partir no solo de dicho proceso de rumiación sino del encuentro de éste con una necesidad del individuo por evadirlos generando gran conflicto interno y síntomas tales como

dificultades para conciliar el sueño y/o concentrarse en las tareas diarias, así como también puede producir un estado de hipervigilancia que conlleva a estados de carácter paranoide o total agotamiento (Jim y Jacobsen, 2008; Stein, et al., 2008).

La literatura científica evidencia la existencia de tales composiciones sintomáticas en diversas poblaciones tales como víctimas de guerra y/o terrorismo, accidentes de tránsito, asesinatos, violaciones y enfermedades crónicas como el cáncer entre otros (Al Ghalayini y Thabet, 2017; Kangas, Milross, Taylor y Bryant, 2013). No obstante, es importante señalar que la OMS (2019) reporta que los índices y prevalencias de dicho trastorno aun siendo altas no son de carácter mayoritario. Dicha organización reporta que, aunque entre el 80% y 90% de la población mundial adulta reporta haber sufrido y/o atravesado un evento traumático, sólo un 3.6% reporta haber desarrollado un Trastorno de Estrés Postraumático (OMS, 2019).

Teniendo dichas estadísticas en cuenta, es posible observar un vacío en la literatura en tanto, las explicaciones e investigaciones que estudian y analizan los efectos del trauma suelen focalizarse en aquellos que han reportado dichos trastornos. ¿Qué sucede con ese 76.4, 86.4% de personas que reporta haber sufrido un evento traumático y no reporta estrés Postraumático? No obstante, recientes estudios demuestran que los efectos psíquicos del trauma no siempre están enmarcados en configuraciones sintomatológicas o trastornos psicológicos como bien lo representan las estadísticas de la OMS (Esparza-Baigorria, Leibovich de Figueroa y Martínez-Terrer, 2016; García et al., 2013; Jaarsma, Pool, Sanderman y Ranchor, 2006; Teixeira y Pereira, 2013).

El diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ocurre como producto de una pobre y/o nula integración y asimilación del evento traumático (Stein et al., 2008; American Psychiatric Association [APA], 2013). No obstante, tal y como se mencionó anteriormente un porcentaje significativo de la población que ha atravesado un evento traumático no suele presentar dichas configuraciones sintomáticas y/o las superan al cabo de un tiempo, lo cual de acuerdo a Tedeschi y Calhoun (1996) se debe a que dichos individuos presentan cualidades relacionadas a lo que antes se denominó “Crecimiento Postraumático”. Dicho proceso y/o configuración ocurre cuando el individuo afectado por lo que él percibe como un trauma, realiza una reevaluación cognitiva de éste generando un cambio en el significado y otorgando una posibilidad de crecimiento tanto para ellos como para otros (Jim y Jacobsen, 2008).

1.4. Trastorno de Estrés Postraumático en Pacientes Oncológicos

El Trastorno Por Estrés Postraumático (TEP) aparece con bastante regularidad en los pacientes oncológicos. Si bien la sintomatología del TEP descrita por el DSM IV se observa y se reporta por varios pacientes con cáncer, no todos llegan a cumplir con los criterios diagnósticos del mismo. Pero lo que sí se puede asegurar es la aparición de uno o varios síntomas de dicho trastorno en pacientes con cáncer. (García-Torres, Alós, y Pérez-Dueñas, 2015).

Como bien se mencionó en líneas anteriores, al explicar la representación del cáncer como un trauma, investigadores señalan que el diagnóstico y tratamiento del cáncer son experiencias bastante estresantes ya que amenazan la propia vida de

persona, situación que podría incitar y favorecer la aparición de un TEP. (Li Liu, et, al. 2017)

1.5. Crecimiento Postraumático

El estudio del Crecimiento Postraumático (CPT) se enmarca dentro la teoría de la Psicología Positiva, la cual emergió como producto de la sinergia de las corrientes cognitivo conductual y el humanismo desde un enfoque sistematizado y encuadrado en el ámbito científico (Brunet et al., 2010; Tedeschi et al., 2018). Es por tal razón, que desde hace dos décadas constructos análogos al Crecimiento Postraumático tales como bienestar subjetivo y psicológico, resiliencia, fortalezas del carácter, entre muchos otros, han cobrado mayor relevancia en el mundo de la investigación (Ochoa et al., 2017, Seligman 2010, citado por Rashid y Seligman, 2013). No obstante, es importante señalar que el interés por estudiar los factores predictores y efectos positivos de eventos adversos existe desde hace ya varios siglos con los estudios y tratados filosóficos de Platón y Aristóteles acerca de lo que puede ser considerado una “buena vida”. Dicho interés cobra luego mayor relevancia en el ámbito de la psicología con la concepción del humanismo como corriente psicológica, la teoría dialéctica, el constructivismo y el existencialismo en los años 50’s hasta llegar a la actualidad con el nacimiento de la psicología positiva (Brunet et al., 2010).

Los estudios realizados por Frankl son claros ejemplos de los supuestos que hoy Tedeschi y Calhoun (1996) (Tedeschi et al., 2018) utilizan para estudiar el Crecimiento Postraumático, es decir, las personas pueden aprender y crecer personalmente a partir de sus experiencias traumáticas y de pérdida (Tedeschi, et

al., 2018). De igual manera, el existencialismo propone que los seres humanos son capaces de encontrar sentido a través del sufrimiento; y la teoría dialéctica señala que las crisis o confrontaciones constructivas, nos pueden motivar para el desarrollo.

Finalmente, los cofundadores de la Psicología Positiva, Seligman y Csizentmihalyi (2000) reconocen el rol del bienestar y del crecimiento personal a partir de la percepción del individuo, en cuanto a que, se torna consciente de sus propias capacidades para afrontar las diferentes tensiones y dificultades de la vida misma, así como también sobre su contribución a la comunidad de la que es parte (Seligman, 2011).

La integración de las tendencias mencionadas anteriormente culmina en la generación de un balance en la orientación del estudio de la Salud Mental, en tanto el foco de atención e investigación no solo está puesto sobre la patología y victimización (Brunet et al., 2010). Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud desde hace varios años realizó una re-definición del concepto de salud, señalando que ésta es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2019). Del mismo modo, Seligman, ex-presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA) en su discurso introductorio señala “La Psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud.” El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2010). Tales conceptualizaciones integrales tanto de la salud como de la salud mental, resultan sustanciales en la reivindicación de los proyectos de intervención además de generar el espacio

necesario para crear proyectos de prevención y promoción de la salud y de la salud mental (Mystakidou et al., 2008; Tedeschi, et al., 2018).

El estudio del crecimiento postraumático es producto de dichas conceptualizaciones y las necesidades sociales antes mencionadas enmarcadas en el estudio de los efectos del trauma, ya que involucra un proceso de transformación personal en tanto golpea el sistema de creencias en los distintos ámbitos de la vida de un individuo y la reconstrucción de la percepción del contexto y la realidad (Tedeschi y Calhoun, 2006; Cann et al., 2011, Tedeschi et al., 2014). El resultado de dicho proceso implica un cambio en el funcionamiento del individuo, en tanto que el funcionamiento actual es percibido como excedente al funcionamiento anterior al trauma, el cual es posible comprender mediante un desarrollo a nivel cognitivo, emocional, actitudinal y conductual (Joseph y Linley, 2006). Es importante enfatizar que el proceso de transformación descrito no anula las consecuencias negativas que pueden surgir a partir de la percepción de trauma, tales como el sufrimiento, la ansiedad y la percepción de pérdida (Tedeschi y Calhoun, 1999 citado por Tedeschi et al., 2014). Por lo tanto, es posible definir el Crecimiento Postraumático como los cambios cognitivos y conductuales positivos que se dan después de un hecho percibido como traumático o adverso (Tedeschi y Calhoun, 1996, Tedeschi et al., 2018).

1.6. Dimensiones del Crecimiento Postraumático

De acuerdo a Tedeschi y Calhoun (1996) el CPT se manifiesta en tres importantes dominios de la vida del sujeto (Taku et al., 2008; Tedeschi et al., 2018).

1.6.1. Autopercepción

En primer lugar, se observan claros cambios a nivel auto perceptivo, es decir, la imagen que tiene el sujeto de sí mismo a partir del enfrentamiento de la situación adversa cambia significativamente en tanto se torna consciente de su propia fortaleza y su capacidad para recurrir a recursos internos y/o externos que permiten un afrontamiento asertivo y eficiente (Tedeschi et al., 2018).

1.6.2. Relaciones Interpersonales

En segundo lugar, es posible advertir cambios significativos en las relaciones interpersonales, ya que el trauma tiene un efecto severo en el acercamiento o distanciamiento de determinadas amistades y/o relaciones familiares (Tedeschi et al., 2018). Las personas que han experimentado una situación traumática suelen fortalecer aquellas relaciones que demostraron incondicionalidad y eficiencia; y descartar aquellas que mostraron lo contrario. Del mismo modo, suelen mostrar mayor habilidad para empatizar y conectar con otros, facilitando así, la construcción de nuevas redes de soporte debido a que la experiencia traumática los sensibiliza y les permite mayor expresividad emocional con otros individuos (Rosenbach y Ronneberg 2008; Svetina y Nastran, 2012; Tedeschi y Calhoun, 2006).

1.6.3. Filosofía de vida

Finalmente, los cambios en la filosofía de vida, trae consigo, un incremento en la apreciación de la propia existencia, así como también mayor disfrute y valoración de la cotidianidad, lo que conlleva a expresar mayor gratitud (Tedeschi, et al., 2018) así mismo, surge una alteración en el orden de prioridades de la persona, así como transformaciones positivas en las creencias básicas que las personas sostienen acerca de la vida.

1.7. Factores del estudio original del ICPT

Tedeschi y Calhoun (1996) identificaron 5 factores (Taku et al., 2007; Tedeschi y Calhoun, 1996; Tedeschi et al., 2018) en relación con los 3 cambios mencionados, a los que denominaron:

1.7.1. Relación con Otros: Evalúa la cercanía o distanciamiento que la persona tiene con sus vínculos significativos, después del suceso traumático. Así mismo, explora la mayor facilidad de expresar sus emociones, el incremento de empatía y compasión hacia personas de su entorno. Finalmente, muestra la voluntad para dejarse ayudar y utilizar el apoyo social que antes ha ignorado.

1.7.2. Nuevas Posibilidades: Mide el cambio en los intereses o actividades que llega a experimentar la persona. Algunas personas incluso emprenden nuevos proyectos vitales después de haber atravesado el proceso traumático.

1.7.3. Fuerza Personal: Hace referencia al cambio de autopercepción en las propias competencias y habilidades personales para el afrontamiento de situaciones difíciles. Las personas que desarrollan cambios en esta área, se sienten más fuertes, seguras y confiadas de sí mismas. Se piensan y sienten más capacitadas para superar crisis o situaciones percibidas como difíciles y/o traumáticas. Así mismo, estos cambios los llevan a resolver de manera más asertiva futuras experiencias similares a las mencionadas.

1.7.4. Cambio Espiritual: Agrupa la búsqueda de sentido espiritual de las cosas, búsqueda de significado de la vida y planteamientos existenciales de la persona.

1.7.5. Apreciación Por La Vida: Supone un cambio radical en las prioridades de la vida en una persona. Así mismo, se presenta un incremento en la apreciación y valoración de aspectos los aspectos cotidianos.

1.8. Resiliencia

Es importante enfatizar, que el constructo de Crecimiento Postraumático ha generado controversia en algunos sectores académicos porque consideran que es muy similar al constructo de resiliencia. No obstante, diversos autores (Sánchez, Meseguer, Pedro y García, 2015; Xiaoli, 2018) señalan aspectos claros para la diferenciación de ambos conceptos (Resiliencia y Crecimiento Postraumático).

En primera instancia, la resiliencia es definida como la capacidad del sujeto para adaptarse eficazmente a situaciones de cambio, mientras que el CPT implica

una transformación del sujeto en los distintos ámbitos de su vida (Tedeschi et al., 2018). En segunda instancia, la resiliencia puede ser considerada como un rasgo propio del sujeto que le permite recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de la dificultad inicial tras el afrontamiento de un evento estresante o adverso, mientras que el CPT es en realidad un producto del afrontamiento de dicha circunstancia y/o evento que puede ser de carácter interno o externo (Xiaoli, 2018).

En consecuencia, es posible entonces asegurar que la resiliencia implica un volver a un estado de salud previo, mientras que el CPT involucra un proceso de transformación personal y reconstrucción de la percepción de la realidad (Luthar et al., 2000; Soler et al., 2015; Tugade & Fredrickson, 2004; Xiaoli, 2018).

1.9. Crecimiento Postraumático en Pacientes Oncológicos

Investigaciones afirman y demuestran que existe un crecimiento personal en pacientes oncológicos, ya sea durante o después del tratamiento oncológico (Cadell, Suárez y Hemsforth., 2015). El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial (OMS, 2019) ya que es la segunda causa de muerte en el mundo y ha ocasionado 8,8 millones de defunciones a nivel mundial en el 2015. Incluso, casi una de cada seis defunciones en el mundo es debida a esta enfermedad (OMS, 2019).

El número de personas que se ven afectadas por dicha enfermedad es alto, mayor aún, son el número de cuidadores primarios de dichos afectados. En el Perú, la incidencia acumulada de cáncer es de 157.1 casos por 100 000 habitantes, es decir, cada año se diagnostican más de 45000 casos nuevos de cáncer en nuestro país (OMS, 2017).

El cáncer es un término genérico que designa 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 en un proceso que se denomina “metástasis”. La metástasis es la principal causa de muerte por cáncer (OMS, 2017).

Retomando la posibilidad de crecimiento después de una enfermedad crónica como el cáncer, como bien refiere la literatura científica, una persona que enfrenta el cáncer, se enfrenta a una situación donde el estrés está muy presente, y tiene repercusiones negativas como consecuencia de esta enfermedad crónica, lo cual afecta negativamente la salud física, psicológica y social de la vida de cada una de ellas (Brunet et al., 2010). Por lo contrario, a pesar de las consecuencias no favorables; el crecimiento personal y los cambios psicológicos positivos en un ser humano son también resultados de una experiencia traumática, como lo puede llegar a ser, atravesar una enfermedad crónica como el cáncer (Brunet et al., 2010). Varios pacientes oncológicos, atribuyen los cambios positivos que han percibido en ellos, y muchos beneficios personales a la experiencia del cáncer, apreciación de sus vidas, mejora en sus relaciones con otros y cambios personales en la autopercepción (Cordova et al., 2011, Mystakidou et al., 2008).

A partir de dichas premisas, se han desarrollado investigaciones de carácter correlacional entre CPT y otras variables, como por ejemplo la gratitud (Ruini y Vescovelli, 2012), o estudios en el que se indagó la relación entre el CPT de pacientes oncológicos y el de sus parejas (Zwahlen, Hagenbuck, Carly, Jenewein y Buchi, 2008). En los cuales se encontraron importantes aportes como, por ejemplo,

que los pacientes oncológicos tenían mayores niveles de CPT que el de sus parejas.

Lo cual demuestra la importancia de compartir en familia y/o entre la pareja, tanto los resultados positivos como los negativos de las consecuencias psicológicas del cáncer (Zwahlen et al., 2008). Así mismo, también se encontró que pacientes oncológicos que experimentaban gratitud en sus vidas, se asociaba a mayor crecimiento postraumático (Ruini y Vescovelli, 2012).

La literatura científica, indica que aquellos pacientes con cáncer que experimentan un CPT tienden a tener una adaptación más satisfactoria a su enfermedad y tienden a tener mejor salud mental y física, menor malestar emocional y estrés postraumático (Ochoa et al., 2017).

Tradicionalmente, las psicoterapias en cáncer se han focalizado en la reducción del estrés y en la recuperación del estado emocional previo a la enfermedad. Sin embargo, durante las dos últimas décadas, la psicología se ha mostrado más interesada en estudiar los aspectos positivos del funcionamiento humano, como las emociones positivas, los significados personales, el crecimiento y las fortalezas, los cuales han conducido a diversas propuestas de intervenciones basadas en la Psicología Positiva para mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer (Casellas-Grau, Font y Vives, 2014, Ochoa et al., 2017).

2. INVESTIGACIONES ENTORNO AL PROBLEMA:

2.1. Investigaciones Internacionales

El Inventario de Crecimiento Postraumático que es actualmente el principal instrumento existente y el más utilizado para el estudio de los cambios personales positivos que ocurren tras la vivencia de una situación percibida como traumática, debido a sus indicadores psicométricos positivos, (Joseph y Linley, 2008; García et al., 2013; Tedeschi et al., 2018). Todos los cambios positivos que una persona puede atravesar tras una situación catalogada como adversa, se encuentran resumidos en el ICPT (Tedeschi et al., 2018). El primer estudio psicométrico de dicho instrumento fue realizado por Tedeschi y Calhoun (1996), y este ha servido como base y plataforma para los siguientes, los cuales han sido realizados en diversas culturas y poblaciones en distintas partes del mundo (Rodríguez-Rey, Alonso-tapia, Kassam-Adams, Garrido-Hernansaiz, 2016; Hooper, Marotta y Depuy, 2009).

El estudio original de Tedeschi y Calhoun (1996) utilizó un análisis de componentes principales con una rotación ortogonal varimax para llevar a cabo el análisis factorial exploratorio, la cual fue escogida para maximizar las distinciones entre los componentes. Dicho análisis dio como resultado la emergencia de una solución factorial correspondiente a 5 factores claramente definidos: (1) relación con otros, (2) apreciación de la vida, (3) fuerza personal, (4) cambio espiritual y (5) prioridades y metas de la vida; que explicaban el 62% de la varianza total (Tedeschi y Calhoun, 1996). La consistencia interna total de la prueba fue de .97 y la de sus factores fueron de .84 para Nuevas Posibilidades, .85 para Relación con otros, .72 para fuerza personal, .85 para Cambio Espiritual y .67 para Apreciación por la vida.

Adicionalmente, se realizaron correlación ítem-test corregidas las cuales mostraron ser de carácter moderado ($r=.35$ a $r=.63$). Finalmente, para hallar la validez concurrente y discriminante, se utilizaron los siguientes instrumentos: el Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne y Marlowe, 1960), para examinar la posible relación entre deseabilidad social y el CPT, el NEOPI, para confirmar la posible correlación ente el CPT y algunas características de personalidad, el Life Orientation Test (LOT) (Scheier y Caver, 1985, citado por Tedeschi y Calhoun 1996), para examinar la relación entre optimismo y CPT y por último, una medida de 3 ítems de Pressman, Lyons, Larson y Strain, (1900) para medir la participación de la religión y el CPT. Como resultados, se encontró que el puntaje del ICPT mostraba las correlaciones esperadas en términos de validez, es decir correlacionaba positivamente con optimismo, religiosidad y con los rasgos de personalidad de extraversión y apertura a la experiencia. En cuanto a la deseabilidad social, el CPT no está relacionado con dicho constructo.

Este mismo diseño ha sido replicado en repetidas ocasiones utilizando programas tales como “SPSS”, “R” y “AMOS” y análisis factorial de corte exploratorio y/o confirmatorio. No obstante, los hallazgos demuestran cierta divergencia en cuanto a la estructura factorial y número de factores, lo cuál ha sido atribuido a un componente de carácter cultural (e.g. los estudios de validación divergen cuando se trata de países occidentales versus orientales).

En primera instancia, es importante mencionar aquellos estudios que han mostrado resultados análogos a los hallados por Tedeschi y Calhoun (1996), es decir una estructura factorial específica de 5 factores. Dentro del continente americano, se encuentra el estudio de Cadell et al., (2015) realizado con una

muestra de cuidadores primarios canadienses de pacientes diagnosticados con VIH y enfermedades crónicas ($\alpha = .87$); y los estudios realizados por Hooper et al., (2009) Lee, Luxton, Reger y Gahm (2010), Palmer, Graca y Occhietti (2012) y Taku et al., (2008), en Estados Unidos en diversas muestras tales veteranos de guerra, adultos y jóvenes que experimentaron algún tipo de vivencia traumática. En dichos estudios se encontró que el ICPT (Tedeschi y Calhoun, 1996) mostraba una alta confiabilidad ($\alpha = .87 - .94$). De modo similar, tres estudios realizados, uno en Latinoamérica por Cárdenas, Barrientos y Ricci (2015) y otros dos en países europeos (Inglaterra e Italia) por Linley y Joseph (2004), Prati y Pietrantonio (2014) con jóvenes y adultos muestran la misma estructura factorial y alta confiabilidad $\alpha = .83 - .85$). cabe mencionar, que la investigación de Cárdenas et al., (2015) fue realizada con la versión corta del ICPT. Así mismo, es importante señalar que también se han realizado estudios para corroborar la presencia de un factor general que engloba los 5 factores antes mencionados también. Por ejemplo, Konkoly, Kovacs y Balog (2014) encontraron un mejor ajuste en un modelo bifactorial de 5 factores + 1 factor general en una población húngara de adultos que habían atravesado diferentes eventos traumáticos o de pérdida (como, por ejemplo: veteranos de guerra, prisioneros políticos, víctimas de tráfico de accidentes, sobrevivientes de ataques terroristas, entre otros eventos) se encontró una alta confiabilidad ($\alpha = 0.93$) y buenos índices de adecuación (Fit: .91).

En segunda instancia, tal y como se mencionó anteriormente, no todos los estudios que han replicado la investigación psicométrica original del ICPT (Tedeschi & Calhoun, 1996) obtuvieron el mismo número de factores. Algunos de ellos han mostrado una estructura factorial correspondiente a la existencia de 4

factores. Por ejemplo, Taku et al., (2007) encontraron un mejor ajuste con 4 factores en un grupo de estudiantes japoneses quienes atravesaron diferentes eventos traumáticos en sus vidas (CFI: .955, RMSEA: .088 y alta confiabilidad $\alpha=.90$). Dichos autores hallaron que los factores denominados Relaciones con Otros, Nuevas Posibilidades, Fortaleza Personal permanecían intactos pero los factores de Cambio Espiritual y Apreciación por la Vida se combinaron para convertirse en un solo factor (Taku et al., 2007). Luego, de un extenso análisis acerca de las razones probables acerca del porqué se encontraba dicha estructura factorial, se halló que la interpretación de algunos ítems de los últimos dos factores asociados era distinta en la muestra lo cual está estrechamente correlacionada a su cultura y religión (oriente).

En tercera y última instancia, es importante señalar que existe un tercer grupo de investigaciones realizadas con muestras latinas que hallaron una solución factorial correspondiente a 3 factores. Dicho grupo de estudios halló que la estructura factorial de los resultados que obtenían en sus muestras del ICPT correspondían perfectamente al primer modelo teórico planteado por los mismos Tedeschi y Calhoun (1996), es decir las dimensiones asociadas a los cambios en la Autopercepción, Relaciones Interpersonales y Filosofía de vida. Por ejemplo, García et al., (2013) encontraron un mejor ajuste con 3 factores en una población chilena que sufrió un desastre natural (CFI: .96, RMSEA: .08 confiabilidad alta $\alpha = .95$). Por otro lado, Weiss y Berger (2006) obtuvieron resultados similares, con la misma cantidad y agrupamiento de factores, utilizando un análisis de componentes principales con rotación Varimax al igual que Tedeschi y Calhoun (1996), con una muestra de inmigrantes latinos en EEUU. De modo similar, al estudio original

obtuvieron una solución factorial, aunque, de 3 factores que explicaba el 66.7% de la varianza total y una consistencia interna (Alfa de Cronbach) alta de $\alpha = .92$.

Los estudios mencionados en los párrafos anteriores han sido realizados en distintas muestras, más no en muestras oncológicas. En consecuencia, debido a que la presente investigación tiene como objetivo realizar la validación en esta población específica es también necesario realizar una breve revisión de los resultados de los análisis psicométricos del ICPT en pacientes diagnosticados con cáncer y/o sus cuidadores primarios. La gran mayoría de dichos estudios muestran una solución factorial de 5 factores. Por ejemplo, Esparza- Baigorri et al., (2016) quienes trabajaron con una población oncológica específicamente con cáncer de mama en Argentina; Teixeira y Preira (2013) hallaron resultados similares en cuidadores de pacientes pediátricos con cáncer, en Portugal; Brunet et al., (2010) trabajaron con pacientes con cáncer de mama en Canadá; y Jaarsma et al., (2006) en pacientes oncológicos heterogéneos en Holanda. Los 5 estudios antes mencionados mostraron buenos índices de adecuación o también denominado fit (CFI= .94-.97 ; RMSEA= .04-.10) y una alta consistencia interna ($\alpha = 0.86-0.95$). No obstante, es sustancial señalar que no todas las investigaciones realizadas en población oncológica mostraron la misma estructura factorial, ya que algunas pocas han mostrado cierta divergencia.

Entre las excepciones, es posible encontrar los estudios realizados por Ho et al., (2011) quienes realizaron sus estudios psicométricos con pacientes oncológicos heterogéneos en países tales como Hong Kong y Taiwán encontraron una solución factorial correspondiente a 4 factores los cuales denominaron de la siguiente manera: auto concepto, filosofía de vida y apreciación por la vida y interpersonal.

Un factor de segundo orden, intrapersonal consiste en los factores de primer orden de: auto concepto, filosofía de vida y apreciación por la vida. Así mismo se mostró una alta confiabilidad ($\alpha=0.86$) y buenos índices de adecuación o también denominado fit (CFI=0.92; RMSEA=.05). Por otro lado, Ho, Chan y Ho (2004), encontraron una solución bifactorial en pacientes oncológicos provenientes de china, los cuales los llamaron “intrapersonal” e “interpersonal”. La cual mostró una alta confiabilidad ($\alpha =0.82$) y buen índice de adecuación (CFI=0.96; RMSEA=.05).

Asimismo, al igual que la investigación realizada por Taku et al., (2007) los autores de dicha investigación señalan que las diferencias con el estudio original y los estudios que han encontrado una solución factorial de 3 factores o de 2 factores, está directamente asociada al factor cultural, en tanto se trata de una muestra compuesta por participantes asiáticos.

2.2. Investigaciones Nacionales

Actualmente se han realizado dos investigaciones nacionales con el ICPT, la primera investigación se llevó a cabo en una muestra de estudiantes peruanos afectados por el terremoto del 2007 (Gargurevich, 2016). La segunda investigación fue realizada por Salcedo (2019), en una muestra de padres con niños hospitalizados por quemaduras en Lima, donde se encontró que, el soporte social tiene un impacto en todos los dominios del CPT, siendo mayores los cambios en el área de relación con los demás y se mostró una confiabilidad de consistencia interna de .85 (Salcedo, 2019).

3. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

3.1 Crecimiento Postraumático

- Definición Conceptual: Cambio psicológicos positivos que una persona experimenta después de atravesar una situación percibida como traumática (Tedeschi & Calhoun, 1996).
- Definición Operacional: Será medida a través del Inventario de Crecimiento Post-Traumático (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996), el cual, mide el crecimiento postraumático que atraviesa una persona después de experimentar un evento percibido como traumático. Dicho inventario se encuentra compuesto por 5 sub-escalas, las cuales representan los 5 factores que componen al crecimiento: Nuevas posibilidades, Relación con los demás, Fuerza personal, Apreciación por la vida y Cambio espiritual. (Tedeschi & Calhoun, 1996).

3.2 Estrés Postraumático:

- Definición Conceptual: El Trastorno Por Estrés Post Traumático (TEPT) se caracteriza por síntomas intrusivos como recuerdos recurrentes, sueños angustiosos sobre el evento o su contenido, y en algunos casos se observa la presencia de disociaciones o despersonalización (American Psychiatric Association, 2013, Vargas, 2017). Así mismo, se caracteriza por una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiper alerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el cual puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad (Carbajal, 2002.) El

malestar psicológico presente en el TEPT es interno y es prolongado, con la presencia de reacciones fisiológicas marcadas ante estímulos internos o externos. En la cual hay también una evitación persistente a los estímulos asociados al hecho traumático (Vargas, 2017).

- Definición Operacional: Será medida a través de la Escala del Impacto Estresor – Revisada (Weiss, y Marmar, 1997), la cual identifica la gravedad de los síntomas del estrés postraumático y está compuesta de 4 sub-escalas: intrusión, evitación, hiper - activación y desorden del sueño.

3.3 Satisfacción con la Vida:

- Definición Conceptual: La satisfacción con la vida es el componente cognitivo del bienestar subjetivo y se define como percepción de cuán satisfecho el individuo está con su vida en general (Pavot y Diener, 1993).
- Definición Operacional: La escala determina los niveles de satisfacción global con la vida. La puntuación total va de 5 (Baja Satisfacción) a 25 (Alta Satisfacción). Este instrumento se ha utilizado en diferentes estudios y ha mostrado obtener muy buenas propiedades psicométricas. El análisis factorial exploratorio sugiere que la escala es unidimensional y ha mostrado alta consistencia interna con valores de alfa de Cronbach, que oscilan entre .89 y .79. (Pavot y Diener, 1993).

Tabla 2*Operacionalización De Las Variables Psicométricas*

Propiedad Psicométrica	Prueba	Método
Validez	Constructo	Análisis Factorial Exploratorio
	Contenido	Juicio De Expertos
	Convergente	Coficiente De Pearson
	Divergente	Coficiente De Pearson
Confiabilidad	Consistencia Interna	Alpha De Cronbach

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de nivel y tipo psicométrica y aplicada de alcance descriptiva. Es de nivel aplicada ya que hizo uso de los puntajes numéricos obtenidos en la aplicación del ICPT para determinar las propiedades psicométricas derivadas de la interpretación y uso de las puntuaciones extraídas del mismo. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Descriptiva, debido a que tuvo por objetivo determinar las propiedades psicométricas del Inventario de crecimiento Postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1996) mediante el análisis de sus componentes factoriales y su correlación con variables tales como Satisfacción con la Vida y Estrés Postraumático en pacientes adultos oncológicos que reciben tratamiento en el Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un diseño no experimental (Alarcón, 2008). En el presente estudio, no es posible controlar o manipular variables debido a que se evaluarán los fenómenos en su ambiente natural, por lo que se trata de un diseño no – experimental de corte transversal. Es decir, la recolección de datos se realizará en un momento único (Hernández et al., 2010).

3. NATURALEZA DE LA POBLACIÓN Y DE LA MUESTRA

3.1 Descripción de la Población

La población está formada por pacientes oncológicos del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas (INEN). Dichos pacientes, fluctúan entre los 18-75 años de edad, independientemente del sexo al que pertenezcan (hombre o mujer). Así mismo son pacientes con un tiempo de enfermedad de mínimo 6 meses y no se excluyó a pacientes que estuvieran recibiendo tratamiento de quimioterapia o radioterapia ya que el crecimiento postraumático puede surgir desarrollándose durante, o después de ese periodo.

El Inventario de Crecimiento Post Traumático (ICPT) se aplicará a una muestra de N=210 pacientes oncológicos del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas (INEN) con las características anteriormente descritas. Así mismo, los participantes fueron elegidos a través de la técnica bola de nieve por conveniencia, dentro de la institución.

3.2 Descripción de la Muestra y Método de Muestreo

La muestra de la presente investigación está compuesta por pacientes con diferentes diagnósticos oncológicos (N=210) clasificados según su ubicación en el cuerpo o sistema. Así mismo, la muestra tiene una media de edad de 45.03 años (DE=12.77) y la media el tiempo de enfermedad es de 46.47 meses (DE =57.29), lo cual quiere decir que es 3 años y 10 meses.

El método de muestreo escogido es “no probabilístico” debido a que se seleccionaron a los participantes de acuerdo a los requisitos propuestos por la investigación, de tal modo que se pudo presumir cierta representatividad de la

muestra (Kerlinger y Lee, 2002). El tamaño de muestra proviene de acuerdo propuesto por Nunnally J. y Bernstein (1995), Pérez y Medrano (2009), quienes afirman que un requisito fundamental para llevar a cabo un análisis factorial exploratorio es necesario tener un mínimo de 10 participantes por ítem del inventario (21 ítems).

Cabe mencionar que 3 participantes fueron eliminados durante el proceso de la aplicación de los instrumentos psicométricos debido a que tuvieron que retirarse antes de culminar el proceso por temas de tiempo y de tener que acudir a sus consultas y tratamiento oncológicos dentro del INEN. Así mismo, como se detectó a tiempo que la participación de dicho paciente no sería tomada en cuenta en la base de datos de la presente investigación, no alteró el número de la muestra (N= 210) ya tomaron las medidas necesarias, aplicando los cuestionarios a otros pacientes ese mismo día.

Tabla 3*Distribución de la muestra según variables sociodemográficas (N=2010)*

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	166	79
Masculino	44	21
Edad		
18-25	16	7.62
26-35	39	18.57
36-45	46	21.9
46-55	57	27.14
56-65	47	22.38
66-75	5	2.38
Lugar de Nacimiento		
Lima Metropolitana	71	33.8
Provincia	139	66.2
Grado de Instrucción		
Primaria Completa	34	16.2
Secundaria Incompleta	19	9
Secundaria Completa	90	42.9
Superior	67	31.9
Estado Civil		
Soltero	80	38.1
Casado	59	28.1
Conviviente	39	18.6
Divorciado	26	12.4
Viudo	6	2.9
Apoyo Social Percibido		
Sí	205	97.6
No	5	2.4
Conocimiento de Enfermedad		
Sí	202	96.2
No	8	3.8
Tipo de tratamiento oncológico		
Quimioterapia	39	18.6
Radioterapia	12	5.7
Radioterapia y Quimioterapia	4	1.9
Pre Operatorio	27	12.9
Post Operatorio	14	6.7
Controles	114	53.8

Tabla 4

Características de los participantes según diagnóstico oncológico y locación en el cuerpo/ sistema (N=210)

Sistema al que pertenece el diagnóstico oncológico	N	%
Cáncer De Mama	77	36.7
Cáncer Ginecológico	35	16.7
Cáncer Gastrointestinal	13	6.2
Cabeza y Cuello	14	6.7
Cáncer Genitourinario:	10	4.8
Cáncer Hematológico	33	15.7
Cáncer del Sistema Musculoesquelético	11	5.2
Otros	17	8.1

Clasificación del cáncer:

1. Cáncer De Mama (77)
2. Cáncer Ginecológico: Cuello uterino (cérvix), endometrio, ovario, útero (35)
3. Cáncer De Gastrointestinal: Colon, renal, riñón, esófago (13)
4. Cabeza y Cuello: Tiroides, ojo, faringe, cavidad nasal, lengua (14)
5. Cáncer Genitourinario: Pene, vejiga, testículo, próstata (10)
6. Cáncer Hematológico: Leucemia, Linfoma, LNH, mieloma, síndrome mielodisplásico. (33)
7. Cáncer del Sistema Musculoesquelético: Sarcoma, osteosarcoma, células gigantes de tibia distal, tumor de células gigantes. (11)
8. Otros: Cerebro, tumor de ingle, cáncer de pulmón, melanoma, fibromatosis, tumor lumbar, cáncer de tórax. (17)

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos que asisten a consulta y/o tratamiento oncológico en Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas (INEN) en la ciudad de Lima.
- Haber sido diagnosticados con cáncer.
- Tener entre 18 y 75 años de edad.
- Ser hombres o mujeres.
- Lengua materna: Castellano.
- Grado de instrucción mayor o equivalente a tercero de primaria.
- Estar completamente lúcidos, es decir, ubicados en términos de tiempo, espacio y persona (se reconoce a sí mismo y a personas significativas de su entorno).
- Tiempo de enfermedad igual o mayor a 6 meses.

3.3.2 Criterios de Exclusión:

- Dificultades para hablar fluidamente el español: El cual se determinará mediante la historia clínica.
- Deterioro cognitivo: Se tomará como antecedente de su Historia Clínica.
- Haber sido diagnosticado/a con bipolaridad, trastorno de personalidad, drogadicción, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos: Se tomará como antecedente de su Historia Clínica.

- Ser menor de edad: Se tomará como antecedente de su Historia Clínica.
- Tiempo de enfermedad menor a 6 meses: Se tomará como antecedente de su Historia Clínica.

En primer lugar, es sustancial determinar la capacidad del paciente para comprender tanto el consentimiento informado, como cada uno de los ítems de los instrumentos utilizados en la investigación. De este modo, se cumplen con los criterios éticos necesarios para realizar una investigación válida y simultáneamente disminuye el riesgo de error en los resultados del estudio. Es por tal motivo, que se proponen los primeros tres criterios de exclusión. En segundo lugar, es de suma importancia que el participante sea mayor de edad por principio ético y legal. Finalmente, el quinto y último criterio de exclusión se propone para homogenizar a la muestra y lograr resultados más específicos, así es posible controlar hasta cierto punto el efecto del tiempo en el procesamiento del diagnóstico y tratamiento.

4. INSTRUMENTOS

4.1. Inventario de Crecimiento Post-Traumático (PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996)

El presente instrumento es una adaptación en español de la versión original: Posttraumatic Growth Inventory de Tedeschi y Calhoun (1996), la cual ha sido validada en población chilena por García, Cova Solar y Melipillán (2013), encontrado una confiabilidad de consistencia interna mayor a .95. Así mismo, ha sido utilizada en el Perú por Gargurevich (2016) en víctimas de terremotos en el Sur del Perú y por Salcedo (2019) en padres de niños quemados hospitalizados, mostrando una confiabilidad de consistencia interna de .83 y .85 respectivamente

El inventario mide el “Crecimiento Postraumático”, el cual es definido, como los cambios psicológicos positivos tras experimentar un suceso traumático. El inventario está compuesto por 21 ítems, los cuales se encuentran distribuidos en 5 sub-escalas, las cuales representan los 5 factores que componen al crecimiento: (1) Apreciación por la vida, el cual contiene 3 ítems, como por ejemplo: *“Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.”*; seguido por (2) Fuerza personal, el cual contiene 5 ítems, como por ejemplo: *“Sé que puedo enfrentar dificultades”*, (3) Nuevas posibilidades, el cual contiene 4 ítems, como por ejemplo: *“Me abrí un nuevo camino en mi vida”*; (4) Relación con otros, el cual contiene 7 ítems, como por ejemplo, *“Puedo expresar mis emociones con mayor facilidad”*; y por último, (5) Cambio espiritual, el cual contiene 2 ítems, como por ejemplo *“Tengo más fe*

en mi religión.” (Tedeschi y Calhoun, 1996). El tipo de respuesta es de tipo Likert: 6 opciones, donde van de 0 - 5 puntos , (donde 0 = No cambio, 1 = Cambió muy poco, 2 = Cambió poco, 3 = Cambió moderadamente, 4 = Cambió altamente 5 = Cambió altamente), las cuales indican el grado de manifestación del crecimiento en cada una de las 5 sub escalas, dentro de las cuales se habría producido el cambio en la vida de la persona.

Nota: El ICPT mide el grado de manifestación del CPT en una persona, su objetivo principal no es brindar un diagnóstico ni un nivel de CPT. (R.Tedeschi, 2019, comunicación personal 26 de agosto 2019)

4.2. Escala del Impacto Estresor – Revisada (IES-RP; Gargurevich, Luyten, Fils y Corveleyn, 2009)

La presente escala es una adaptación en español de la versión original de: The Impact of Event Scale – Revised (IES-R; Weiss y Marmar, 1997) la cual fue validada en Perú por Gargurevich (2009), con una alta confiabilidad de consistencia interna de .91.

Dicha prueba, identifica la gravedad de los síntomas del estrés postraumático. Consta de 22 ítems (ej. “*¿Tiene dificultad para concentrarse?*”, “*¿Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba?*”) y está compuesta de 4 sub-escalas: intrusión, evitación, hiper activación y desorden del sueño. El sistema de respuesta es de tipo Likert: 5 opciones (0 Nunca y 4 Sí, en extremo). Así mismo, cabe resaltar que ha sido utilizada en otras investigaciones correlacionales en población oncológica peruana (Lostanau y Torrejón, 2013).

4.3. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS) (Pavot y Diener, 1993)

La presente escala es una adaptación en español de la versión original de: Satisfaction With Life Scale (SWLS) de Pavot y Diener (1993), ampliamente usada en diversos estudios en el mundo, y ha sido validada en el Perú por Cassaretto y Martinez (2017) en una muestra de estudiantes universitarios, donde obtuvieron una alta confiabilidad de consistencia interna de .81. Cabe mencionar que se han realizado investigaciones previas dentro del Perú en la que se ha utilizado dicha escala. (García, 2006; Arias, Huamani y Caycho-Rodriguez, 2008)

La escala consta de 5 ítems (ej. *“Las circunstancias de mi vida son muy buenas”*, *“Estoy satisfecho con mi vida.”*) con un tipo de respuesta Likert con siete opciones que van desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”.

Esta escala determina los niveles de satisfacción global con la vida. Por otro lado, el análisis factorial de la prueba muestra la presencia de un solo factor que explica el 66% de la varianza que además se mantiene diferentes estudios.

5. PROCEDIMIENTO

- 5.1. Se obtuvo el Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) en español a través de Tedeschi (2018), autor de la prueba, en conjunto con Pamela Núñez del Prado, psicóloga clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
- 5.2. Se realizó un breve piloto con 20 participantes con características similares a las de la muestra para corroborar la comprensión del ICPT. Cabe mencionar que dicho piloto no se tomó en cuenta dentro de la muestra (N =210) de la presente investigación.
- 5.3. Se presentó el proyecto de investigación al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).
- 5.4. Después de que el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la UPCH, se presentó al comité de Ética del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), donde se llevó a cabo la presente investigación.
- 5.5. Recibí una capacitación en intervención en crisis e intervenciones psicoterapéuticas específicas sobre psicooncología y trauma con el objetivo de generar la contención emocional adecuada en los participantes de la presente investigación, en el caso que lo necesiten durante la aplicación de los cuestionarios.
- 5.6. Después de que el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del INEN, se revisó las Historias Clínicas de los pacientes oncológicos dentro del INEN antes de aplicar los instrumentos

psicométricos con la finalidad de revisar y verificar que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación.

5.7. Se coordinó y se les agendó una cita en la misma institución (INEN) para poder aplicarles las tres pruebas psicométricas.

5.8. Luego, se llevó a cabo la recolección de datos con los participantes (N=210). La ubicación y captación de los pacientes se llevó a cabo en las diferentes áreas del INEN. Para ello, se preguntó a los participantes si deseaban participar libremente en la investigación, a través del consentimiento informado (en el cual se les explica los objetivos de la investigación, y la confidencialidad que éste implica), así mismo se les hizo conocer las consideraciones éticas de la misma. Cabe resaltar que la modalidad en la que se aplicaron las pruebas será estrictamente igual en cada una de las aplicaciones a cada paciente, es decir, se siguió los mismos pasos y las mismas formas de aplicación. A todos los pacientes se les aplicaron los cuestionarios en las condiciones ambientales similares. La evaluadora leyó las preguntas de los instrumentos a los entrevistados. Durante la aplicación, primero se le realizó una entrevista clínica al paciente oncológico, en segundo lugar, se obtuvieron algunos datos sociodemográficos (Ficha de Datos Sociodemográficos), en tercer lugar, se aplicó la Escala del Impacto Estresor Revisada, en cuarto lugar, el Inventario de Crecimiento Postraumático y finalmente la Escala De Satisfacción con la Vida.

- 5.9. Se registraron las respuestas y los datos de los participantes en una base de datos para llevar a cabo el análisis de las propiedades psicométricas del ICPT.
- 5.10. Una vez registradas todas las respuestas en la base de datos, se procedió a analizar y obtener los resultados de la presente investigación.
- 5.11. Se procedió a discutir los resultados obtenidos haciendo uso del marco teórico de la presente investigación. Finalmente se elaboraron las conclusiones y recomendaciones del proyecto de tesis.
- 5.12. Se presentó el proyecto de investigación finalizado al comité revisor de la UPCH.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A continuación, se detallarán los principios éticos que se siguieron en la presente investigación según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura:

- En primera instancia, se buscó aplicar el principio de autonomía, en cual hace referencia al reconocimiento explícito de la igual dignidad de las personas, y el respeto a la voluntad de cada uno de los pacientes oncológicos, el cual será respaldado a través del consentimiento informado, proceso en el cual se le explica e informa al paciente el procedimiento e implicancias de la investigación en la que participaría si lo desea.
- En segunda instancia, el principio de beneficencia, el cual promueve el bienestar del paciente y el cual evita los posibles riesgos que el paciente podría sufrir. Este principio se respalda en el riguroso análisis previamente realizado a las escalas que se utilizarán en la investigación. Dichas preguntas, no significan ningún daño al paciente, puesto que no lo perjudican.
- En tercera instancia, el principio de justicia, hace referencia a la imparcialidad, procurando un trato equitativo y de respeto. Finalmente, también se busca respetar el principio de confidencialidad, en el cual se protege la privacidad del paciente, así como también la información que el paciente comparte durante el proceso de participación en el estudio.

De manera complementaria dentro de las consideraciones éticas tomadas en cuenta, es importante señalar que recibí una capacitación en intervención en crisis e intervenciones psicoterapéuticas específicas sobre psicooncología y trauma con el objetivo de generar la contención emocional adecuada en los participantes de la presente investigación, en el caso que lo necesiten durante la aplicación de los cuestionarios.

La capacitación incluyó 6 sesiones de 2 horas cada una, dirigida por una magister en psicología clínica experta en terapias de aceptación y compromiso con experiencia en psicooncología. Del mismo modo es importante mencionar que realicé el internado de psicología clínica en el INEN, en la que pude obtener experiencia dentro de un contexto clínico y oncológico, así como también un adecuado manejo de dichas experiencias. Finalmente, cuento con la formación psicoterapeuta clínica en terapia de esquemas y me encuentro en una segunda especialización como psicoterapeuta racional emotiva conductual.

7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

- 7.1. Se digitó y codificó las respuestas de los pacientes del INEN en la base de datos de un programa estadístico.
- 7.2. De manera preliminar a la realización del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.
- 7.3. Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, en la que se reportó la Media (M), Desviación Estándar (De), Asimetría y Curtosis.
- 7.4. Respecto a la validez de contenido se llevó a cabo un juicio de 5 expertos del Crecimiento Postraumático, seleccionados en base a profesión, experiencia y nivel de educación: (1) Dr. Rafael Gargurevich, profesor asociado de la facultad de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP); (2) Mg. Pamela Núñez del Prado, docente contratada de la facultad de psicología de la PUCP, (3) Katrina Salcedo, psicóloga clínica e investigadora sobre el CPT en padres de niños hospitalizados por quemaduras; (4) Claudia Zabala, asistente del área de investigación de la facultad de psicología de la PUCP, y (5) Juan Víctor Núñez del Prado, docente contratado de la facultad de psicología de la PUCP.
- 7.5. Se analizaron los resultados hallando la V de Aiken para cada ítem respecto a la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de los ítems del instrumento. Se consideraron como aceptables y válidos los ítems que tengan una concordancia mayor o igual al 80% de acuerdo entre los jueces (Escurre, 1988). Cabe recalcar que los valores oscilaron entre 0 y 1, un mayor valor significa una mayor validez (Aiken, 1985).

- 7.6. Se utilizaron los criterios del test de Kayser-Meyer-Olking (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.
- 7.7. Para hallar el número de factores del ICPT, se revisaron los siguientes 4 métodos: el Método de Kaiser, el Método del Mínimo Porcentaje de Varianza Total, el Método de Catell y el Método de los paralelos de Horn.
- 7.8. Para la validez de constructo se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) en el que se utilizó el método de factorización de ejes principales con rotación Varimax.
- 7.9. Para la validez convergente y divergente del ICPT se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Correlacionando el Crecimiento Postraumático (CP) con la variable de Satisfacción con la vida (SV), y luego con la variable de Estrés Postraumático (EP).
- 7.10. Se halló la confiabilidad de consistencia interna de los dos nuevos factores emergentes del ICPT mediante el Alfa de Cronbach.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el presente capítulo, se presentan los resultados obtenidos en respuesta a los objetivos de la investigación. En primer lugar, con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (Tabla 5), los resultados muestran que las puntuaciones en todas las variables de estudio tienen una distribución no normal.

Tabla 5
Pruebas de normalidad de las variables de estudio

Variable	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Crecimiento Postraumático	.13	210	<.001
Apreciación por la Vida	.21	210	<.001
Fortaleza Personal	.26	210	<.001
Nuevas Posibilidades	.17	210	<.001
Relaciones con Otros	.21	210	<.001
Espiritualidad	.32	210	<.001
Estrés Postraumático	.06	210	<.05
Satisfacción con la Vida	.15	210	<.001

No obstante, tal y como señala Howell (2013), es posible determinar la semejanza a la distribución normal mediante la observación de los estadísticos de asimetría y curtosis, los cuales deben ser menores a 10 y 3, respectivamente. Se encontró que el *Crecimiento Postraumático (CPT)* y tres de sus sub-dimensiones, *Nuevas Posibilidades*, *Fuerza Personal* y *Relaciones Interpersonales* cumplen con dicha condición, sin embargo, las dimensiones de *Espiritualidad* y *Apreciación por la vida* no. En ambos casos, la curtosis excede los tres puntos, lo cuál tiene como consecuencia que dichas áreas no puedan ser incluidas en el Análisis Factorial Exploratorio debido a que no es posible realizar un análisis confiable (Ver Tabla

6). Es necesario especificar que antes de tomar dicha decisión, se procedió a revisar la asimetría y curtosis de éstos 5 ítems de manera individual (3 ítems de *Apreciación con la vida* y 2 ítems de *Espiritualidad*) y se halló que su curtosis también excedía significativamente los 3 puntos de corte cotejados por Howell (2013).

Tabla 6
Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

	<i>M</i>	DE	α	# Items	Rango		Asimetría	Curtosis
					Potencial	Actual		
Crecimiento Postraumático	3.74	0.7	0.93	21	0-5	0-5	-1.15	2.91
Apreciación Por La Vida	3.83	0.78	0.68	3	0-5	0.88-5	-1.4	3.67
Fuerza Personal	3.8	0.78	0.9	5	0-5	0-5	1.29	2.53
Nuevas Posibilidades	3.51	0.91	0.85	4	0-5	0.75-5	-1.41	2.60
Relaciones Con Otros	3.88	0.69	0.88	7	0-5	0-5	1	1.90
Espiritualidad	4.06	1.02	0.97	2	0-5	1.14-5	-2.01	4.93
Estrés Postraumático	1.5	0.72	0.88	20	0-4	0-3.6	0.24	0.49
Satisfacción Con La Vida	2.29	.59	0.8	5	1 - 5	2 - 5	0.37	0.23

N=210

Luego de realizar dicha verificación del supuesto de normalidad, se obtuvo la consistencia interna medida a través del coeficiente de Alfa de cada una de las variables de estudio. Las variables de Estrés Postraumático ($\alpha = 0.88$), Satisfacción con la vida ($\alpha = 0.8$), y el CPT ($\alpha = 0.93$) mostraron una consistencia interna alta. No obstante, si bien 4 dimensiones del CPT mostraron también una consistencia interna alta ($0.85 < \alpha < 0.97$), la dimensión de *Apreciación con la Vida* mostró una consistencia interna significativamente menor ($\alpha = 0.68$).

Dichos hallazgos, de algún modo colaboran a corroborar la decisión antes tomada, es decir los ítems que componen la dimensión *Apreciación Con La Vida* no son confiables.

Validez de Contenido

Para llevar a cabo la validez de contenido, se utilizó la V de Aiken para analizar las respuestas de cinco jueces expertos, en donde se obtuvieron resultados aceptables (Anexo A). En primer lugar, en cuanto a la suficiencia de los ítems en cada una de sus áreas, el valor fue de .84. En segundo lugar, en cuando la claridad de los ítems de la prueba, se obtuvo un valor de .94. En tercer lugar, en cuando a la coherencia de los ítems se obtuvo un valor de .97 y finalmente, en cuando a la relevancia de los ítems del instrumento, se obtuvo un valor de .96 (Tabla 15).

Validez de Constructo

En segundo lugar, se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para dar cuenta a la validez de constructo con los 16 ítems correspondientes a las dimensiones de CPT de *Nuevas Posibilidades*, *Fuerza personal* y *Relaciones Interpersonales*. Se utilizó un AFE con rotación Varimax pues se presumía que debiera existir la menor correlación posible entre los factores. Previo al análisis se comprobó la pertinencia del uso del análisis factorial a partir de los criterios del test de Kayser-Meyer-Olking (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se obtuvo

un KMO= .88, mientras que, en el segundo caso, la prueba de Bartlett resultó significativa ($\chi^2 = 3927,102$; $p = 0.00$). Estos resultados demostraron la adecuación de la data para realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE).

Luego, se procedió a realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y se halló que la estructura factorial correspondiente era de dos factores, la cuál explica un 62.24% de la varianza total. El primer factor (F1) explicó un 52.37% y el segundo factor (F2) un 9.87%. La determinación de la cantidad de factores se realizó vía la revisión de los siguientes 4 métodos: (1) Método de Kaiser, (2) Método del Mínimo Porcentaje De Varianza Total, (3) Método de Catell y el (4) Método de los paralelos de Horn. Finalmente, se procedió a clasificar los ítems según su carga factorial en población peruana oncológica (Tabla 7). Se encontró que el primer factor englobaba las dimensiones propuestas por Tedeschi y Calhoun (1996) de *Fuerza Personal y Nuevas Posibilidades*; y un Segundo Factor incluye solo a *Relaciones Con Otros*.

Tabla 7*Cargas Factoriales Del Inventario de Crecimiento Post Traumático (ICPT)**(Versión de 16 ítems)*

	<i>Ítem</i>	F1	F2
4.	Sé que puedo enfrentar dificultades.	.527	
5.	Me siento más autosuficiente.	.76	
6.	Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba.	.73	
7.	Me siento más capacitado(a) para aceptar las cosas como vengan.	.714	
8.	Estoy capacitado para mejorar mi vida.	.721	
9.	Me abrí un nuevo camino en mi vida.	.758	
10.	Tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan ser cambiadas.	.621	
11.	Se me han presentado nuevas oportunidades que no se me hubiesen presentado de otra forma.	.782	
12.	He desarrollado nuevos intereses.	.689	
13.	Puedo expresar mis emociones con mayor facilidad.		.619
14.	Me siento más cercana/o a otras personas		.746
15.	Siento más compasión hacia los demás.		.576
16.	Me esfuerzo más en mis relaciones personales.		.687
17.	Se me hace más fácil aceptar que necesito de los demás.		.799
18.	Aprendí que la gente es maravillosa.		.799
19.	Veo más claramente que cuento con otras personas en tiempos difíciles.		.821

Validez Convergente

Respecto a la validez convergente, se determinó mediante un análisis correlacional con el Coeficiente de Pearson. El *Crecimiento Postraumático (CPT)* se correlacionó con la variable de *Satisfacción con la vida (SV)* (ver Tabla 8). En la cual se puede observar una correlación mediana significativa entre ambas variables mencionadas, así como también con cada uno de los factores del CPT.

Tabla 8*Validez Convergente del ICPT (16 ítems)*

Variable	CPT	F1	F2
Satisfacción con la Vida (SV)	.45**	.44**	.36**

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Validez Divergente

Respecto a la validez divergente, también se determinó mediante un análisis correlacional con el Coeficiente de Pearson. El CPT se correlacionó con la variable de *Estrés Postraumático (EP)* (ver Tabla 9), la cual indica que no existe una correlación significativa entre ambas variables y tampoco con sus factores

Tabla 9*Validez Divergente del ICPT (16 ítems)**(CPT) (Versión de 16 ítems)*

Variables	CPT	F1	F2
Estrés Postraumático (EP)	.02	.02	.01

Confiabilidad de Consistencia Interna

Finalmente, se procedió a recalcular la confiabilidad de consistencia interna de los dos nuevos factores emergentes. Se encontró que la confiabilidad del primer factor medida a través del Alfa de Cronbach es de $\alpha = 0.92$ (tabla 11); y la del segundo factor es de $\alpha=0.88$ (tabla 10). La confiabilidad del ICPT total se mantiene y es de $\alpha = .93$ (tabla 12).

Tabla 10

Estadísticas de fiabilidad Factor I (9 ítems)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Número de elementos
.92	.93	9

Tabla 11

Estadísticas de fiabilidad Factor II (7 ítems)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Número de elementos
.88	.89	7

Tabla 12

Estadísticos de fiabilidad CPT Total Nuevo

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Número de elementos
.93	.94	16

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar las evidencias psicométricas del Inventario de *Crecimiento Postraumático (CPT en población oncológica)*. Es importante mencionar que en la presente investigación no se pudo trabajar con los 5 factores propuestos por los autores, debido a que dos de estos factores no respondieron favorablemente al escrutinio estadístico. Específicamente, se halló que los reactivos correspondientes a las sub-dimensiones de Espiritualidad (2 reactivos) y de Apreciación con la vida (3 reactivos) mostraron una tendencia a una mayor concentración valores cerca de la media de la distribución pico, lo cual implica la existencia de una frecuencia significativamente menor de valores intermedios y bajos. En consecuencia, se puede afirmar la presencia de un efecto techo en ambas dimensiones, lo cual dificulta discernir de modo agudo las posibles diferencias que pueden haber entre los participantes, y por lo tanto no fue posible incluirlas dentro del análisis factorial exploratorio.

Investigaciones realizadas anteriores, con muestras análogas a las del presente estudio han demostrado tener una problemática similar con ambas dimensiones, indicando una falta de consistencia entre los conceptos y la descripción de sus ítems. Por ejemplo, García y sus colaboradores encontraron la ausencia de claridad y una imprecisa correspondencia entre las definiciones teóricas de cada dimensión respecto a los ítems y factores considerados en el inventario al momento de llevar a cabo la validación del ICPT en población chilena (García et al., 2013). Así mismo, Brunet et al., (2010), en la validación que hizo del presente inventario con una muestra de pacientes mujeres víctimas de cáncer de mama, también enfatizó la necesidad de ampliar la cantidad de ítems de la dimensión de

Espiritualidad ya que obstaculizaba la posibilidad de realizar un análisis confiable de los factores que componen el *CPT*. Esto rectifica la idea que ambas dimensiones mencionadas, poseen una conceptualización más amplia que los dos ítems y tres ítems que los representan respectivamente: *Espiritualidad*: “*Tengo más fe en mi religión*” y “*Tengo un mejor entendimiento sobre cosas espirituales*”; y *Apreciación con la vida*: “*Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.*”, “*Tengo un mayor aprecio por el valor de mi propia vida.*” y “*Siento mayor aprecio por cada día de mi vida.*”

Por otro lado, es sustancial también señalar que las diferencias en la inclusión de determinados factores y las diferencias con el estudio original del ICPT (Tedeshi y Calhoun, 1996) pueden estar directamente asociadas a un factor cultural (Taku et al., 2007). Del mismo modo, investigaciones dedicadas al estudio del ajuste al diagnóstico de cáncer han también enfatizado dicho componente sociocultural como un eje clave para comprender la naturaleza de los cambios positivos tras experimentar una situación percibida como traumática (Brennan, 2001; Ho et al., 2004). El factor cultural, afecta la percepción y comprensión de cada individuo en cada uno de los ítems de las diferentes dimensiones del *ICPT* y por ende afecta la agrupación de los mismos (ítems- factores). Es por tal motivo, que se podría esperar que algunos ítems no son de total relevancia o pertinencia para la medición de constructo de *CPT* en una población oncológica peruana, tomando en consideración que la validación original del ICPT fue con la participación de estudiantes universitarios (Tedeshi y Calhoun, 1996), la cual difiere de una muestra de pacientes con una enfermedad potencialmente terminal. Desde que se toma en cuenta las características de los participantes en cada uno de

los estudios, cobra sentido esperar un cambio en la estructura factorial del ICPT original.

Validez de Constructo

Respecto al primer objetivo específico del estudio, para determinar la validez de constructo, en el *Análisis Factorial Exploratorio (AFE)*, se halló una estructura bifactorial, es decir, el ICPT se agrupa en dos grandes factores en población peruana oncológica de la siguiente manera: El primer factor (F1) encontrado engloba a los ítems correspondientes a los factores originales de Tedeschi y Calhoun (1996) de: *Fuerza Personal y Nuevas Posibilidades*; y el segundo factor (F2) encontrado, engloba al factor original de Tedeschi y Calhoun (1996) de “*Relaciones Con Otros*”. Siendo los factores originales de *Espiritualidad y Apreciación por la vida*, eliminados previamente como se indicó, por las razones ya mencionadas.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son sumamente similares a la propuesta teórica inicial de Tedeschi y Calhoun (1996), en la cual proponen que el CPT consiste en cambios positivos en tres grandes dominios: *Cambios en la Percepción Del Self, Cambios en la Relaciones Interpersonales y Cambios en la Filosofía De Vida*. El primer dominio denominado “*Cambios En La Percepción Del Self*” tal y como se explicó en el marco teórico, es definido como los cambios percibidos en la imagen personal que el sujeto tiene de sí mismo ya que a partir del enfrentamiento de la situación adversa, cambia significativamente en tanto se torna consciente de su propia fortaleza y su capacidad para recurrir a recursos internos y/o externos que permiten un afrontamiento asertivo y eficiente

(Tedeschi y Calhoun, 1996 citado por Tedeschi et al., 2018). Dicha definición, equivale al primer factor (F1) hallado en la presente investigación, que a su vez representa a las dos dimensiones propuestas por estos mismos autores de *Fuerza Personal y de Nuevas Posibilidades* (Tedeschi y Calhoun, 1996 citado por Tedeschi et al., 2018).

El segundo dominio denominado “*Cambios en la Relaciones Interpersonales*”, es definido como un efecto severo en el acercamiento o distanciamiento de determinadas amistades y/o relaciones familiares, después del trauma (Tedeschi y Calhoun, 1996, citado por Tedeschi et al., 2018). Las personas que han experimentado una situación traumática suelen fortalecer aquellas relaciones que demostraron incondicionalidad y eficiencia; y descartar aquellas que mostraron lo contrario. Dicha definición, sería equivalente al segundo factor hallado en la presente investigación, que a su vez representa a la dimensión inicial propuestas también por los mismos autores (1996), que es *Relaciones Con Otros* (Tedeschi y Calhoun 1996 citado por Tedeschi et al., 2018). Cabe mencionar que el tercer y último dominio propuesto por Tedeschi y Calhoun (1996) que es del *Filosofía De Vida*, no será tomado en cuenta debido a que dos de los cinco factores iniciales que representaban a dicho dominio, propuestos también por Tedeschi y Calhoun (1996) fueron eliminados por razones ya explicadas en líneas anteriores (*Apreciación por la Vida y Espiritualidad*).

Por otro lado, investigaciones previas, también reportan una agrupación factorial similar a la hallada en el presente estudio. De acuerdo a Ho et al., (2004), quien hizo una validación del mismo inventario en China con pacientes oncológicos, encontró una estructura bifactorial, las cuales denominó: “*Interpersonal*” e

“*Intrapersonal*”, las cuales tal y como sus nombres lo indican se asemejan significativamente a los resultados propuestos en la presente investigación. Una segunda investigación realizada por Ho, Law, Wang (2011), encontró resultados similares a la presente en la que se trabajaron con 15 de los 21 ítems del ICPT. Obteniéndose en el análisis factorial 4 factores: Fuerza personal, espiritualidad, orientación de la vida, interpersonal. La única diferencia es que en el presente estudio se elimina espiritualidad debido a razones ya explicadas.

Así mismo, a los autores del ICPT, en una de sus investigaciones realizada en Japón (2015) en conjunto con otros colaboradores, obtuvieron resultados similares en cuanto a los factores hallados: Relaciones con Otros, Nuevas Posibilidades, Fortaleza Personal, y un cuarto factor que une: Cambio Espiritual y Apreciación por la vida. La diferencia se encuentra en que el cuarto factor encontrado por Taku y colaboradores, fue eliminado en la presente investigación. (Taku, Tedeschi, Calhoun, Gil- Rivas, Kilmer y Cann, 2015).

Es por tal razón que, en la presente investigación, se toma la decisión final de agrupar los ítems del ICPT en dos grandes factores. Esto quiere decir que el CPT en pacientes oncológicos peruanos se entiende como cambios principalmente en la relación *interpersonales* del paciente con familiares o amigos significativos y como cambios *intrapersonales*, en términos de autoconcepto y percepción de nuevas posibilidades en la vida.

Validez Convergente

Respecto al segundo objetivo específico de la presente investigación, el cual fue determinar la validez convergente; se encontró que el *CPT* presenta una correlación significativa con la variable de *Satisfacción con la Vida (SV)* así como también con cada uno de los factores del *CPT*. Según la bibliografía revisada, pareciera que el *CPT* tiene una relación directa, pero poco significativa con el constructo de *Satisfacción con la Vida*. Sin embargo, un camino indirecto del *CPT* hacia la *Satisfacción con la Vida*, sería a través de la presencia de un *significado de vida*, solo así, la relación sería altamente significativa (McAdams, 2006). Esto quiere decir que el *CPT* no va a estar necesariamente asociado fuertemente con altos niveles de *Satisfacción Con La Vida* de manera directa. Aunque existe una influencia en que el *CPT* incrementa el significado y propósito de vida. Investigadores, como Triplett y colaboradores (2012), afirman que el *CPT* puede favorecer el desarrollo de sentido y significado de vida, en términos que se vuelve una oportunidad para el desarrollo de dicho constructo y por consiguiente eleva los niveles de *Satisfacción con la Vida* y *Bienestar Psicológico* (Triplett, et al., 2012). Así mismo, el *CPT* y la angustia pueden coexistir y pueden independientemente afectar la variable de *Satisfacción con la Vida*. (McAdams, 2006; Neimeyer, 2001; Tedeschi y Calhoun, 1996; Triplett et al., 2012).

Validez Divergente

Con respecto al tercer objetivo específico, sobre la validez divergente, el CPT no presenta una correlación significativa con la variable de *Estrés Postraumático (EPT)*, así como tampoco lo tienen los factores del ICPT. Resultado esperable, ya que existe controversia en investigaciones anteriores (Tedeschi et al., 2014; Tedeschi y Calhoun, 1996). Por ejemplo, algunos estudios encuentran alguna relación entre las medidas de angustia y las medidas de crecimiento, mientras que otros no hallan dicha relación (Cordova et al., 2001). Parece que la experiencia del CPT, la angustia psicológica y la comodidad, pueden ser esencialmente dimensiones separadas. Esto es relevante para el contexto clínico, porque las personas que experimentan niveles significativos de CPT no significarían que ponen fin a la angustia en los sobrevivientes de algún trauma. Así como tampoco experimentarán una disminución proporcional en sus niveles de angustia ni un aumento en sus niveles de felicidad. (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 2000). Estas distinciones se ven en el estudio de Cordova et al., (2001) al comparar a un grupo de sobrevivientes con cáncer de mama con un grupo de control, encontraron que CPT no estaba relacionado al concepto de angustia. La experiencia del CPT puede ir acompañada de una reducción en la angustia, pero el modelo de Tedeschi y Calhoun no predice tal relación (Tedeschi y Calhoun, 2013). Por otro lado, los niveles relativamente bajos de la variable de *EPT*, probablemente se deban al tiempo de enfermedad como variable influyente. Tomando en cuenta que la muestra fueron pacientes oncológicos con un mínimo de 6 meses como tiempo de enfermedad desde el diagnóstico. Hay estudios que han encontrado que los pacientes experimentaron altos niveles de estrés inmediatamente después del

diagnóstico (Landsbergen et al., 2012; Ticona, Santos y Siquerira, 2015). No obstante, seis y doce meses después del mismo, los niveles de estrés se reducen (Hyphantisa, Paikaa, Almyroudia, Kampletsasb y Pavlidisb, 2011; Landsbergen et al., 2012; Ticona et al., 2015). Adicionalmente, la literatura muestra que la disminución de los niveles de estrés está asociada a diversos factores, como el apoyo social, al recibir consejos, o incluso, los resultados positivos de la quimioterapia o la mejor aceptación del diagnóstico y el tratamiento, influyen de manera positiva al paciente. (Ticona et al., 2015).

Confiabilidad de Consistencia Interna

Finalmente, en el cuarto y último objetivo específico de la presente investigación, encontramos que, el ICPT es una prueba confiable en población oncológica peruana debido a su alta consistencia interna ($\alpha=.93$), similar a los resultados obtenidos en diferentes estudios psicométricos alrededor del mundo, tanto en población oncológica como en distintas poblaciones con enfermedades crónicas o vivencias traumáticas de alguna índole, las cuales se mencionarán a continuación. Dentro del continente americano, se encuentra el estudio de Cadell et al. (2015) realizado con una muestra de cuidadores primarios canadienses de pacientes diagnosticados con VIH y enfermedades crónicas; y los estudios realizados por Hooper, Marotta y Depuy (2009), Kaler et al. (2011), Lee et al., (2010), Palmer et al. (2012); Taku et al. (2008), en Estados Unidos, en diversas muestras tales como veteranos de guerra, adultos y jóvenes que experimentaron algún tipo de vivencia traumática. En dichos estudios se encontró que el ICPT mostraba una alta confiabilidad ($\alpha = .82 - .95$). De modo similar, tres estudios

realizados, uno en Latinoamérica por Cárdenas et al. (2015) y otros dos en países europeos (Inglaterra e Italia) por Joseph y Linley (2006), Prati y Pietrantonni (2014) con jóvenes y adultos muestran la misma estructura factorial y alta confiabilidad ($\alpha = .83 - .85$).

Incluso, los estudios que encontraron una mejor solución factorial en 3 o 4 factores, también muestran una alta confiabilidad. García et al. (2013), quienes realizaron la validación en población chilena, encontraron un Alfa de Cronbach de ($\alpha = .95$). Taku et al. (2007) quienes hicieron una validación en estudiantes japoneses, encontraron un Alfa de Cronbach de ($\alpha = .90$). En cuanto a las validaciones en población oncológica, en el estudio de Ho et al. (2004) y los estudios de Ho et al. (2011), obtuvieron altas consistencias internas ($\alpha = .82$, $\alpha = .86$) en cada una de sus validaciones, en países asiáticos.

CONCLUSIONES

1. Se comprueban las evidencias psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) de Tedeschi y Calhoun (1996) en una población adulta de pacientes oncológicos que asisten al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), concluyendo que el ICPT es un instrumento fiable en dicha población y puede ser utilizado en la práctica clínica como una herramienta de auto reporte del constructo de Crecimiento Postraumático (CPT).
2. La validez de constructo del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) determinó que el Crecimiento Postraumático (CPT) en población oncológica peruana está compuesto dos factores: Intrapersonal e interpersonal, lo cual se explica debido a una diferencia cultural entre las muestras de cada estudio.
3. La validez convergente del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) es de .41, la cual confirma una correlación significativamente mediana entre el Crecimiento Postraumático (CPT) y la Satisfacción con la Vida (SV).
4. La validez divergente del Inventario de Crecimiento postraumático (ICPT) es de .02, la cual indica que no existe una correlación significativa entre el Crecimiento Postraumático (CPT) y el Estrés Postraumático (TEPT).
5. El Inventario de Crecimiento postraumático (ICPT) presenta una confiabilidad de consistencia alta de $\alpha=.93$ lo cual indica que es una prueba fiable en contexto peruano oncológico.

RECOMENDACIONES

1. Hacer uso del Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) en la práctica clínica dentro de un contexto psicoterapéutico con la finalidad de ampliar el foco de atención del paciente oncológico y sus familiares y brindarles mayor esperanza de vida
2. Realizar estudios correlacionales en los que se tomen en consideración las variables sociodemográficas y los tipos de tratamiento oncológico, así como también el tiempo de enfermedad como variable influyente en el Crecimiento Postraumático (CPT).
3. Realizar estudios de carácter correlacional entre la variable de Crecimiento postraumático (CPT) y otras variables como “Gratitud”, “Estrés Postraumático” o “Búsqueda de Beneficio”.
4. Realizar un estudio correlacional y comparativo entre el Crecimiento Postraumático (CPT) de los pacientes oncológicos y el de sus parejas, así como también entre pacientes y cuidadores primarios.
5. Realizar un estudio descriptivo sobre el Crecimiento Postraumático (CPT) en los cuidadores primarios de pacientes oncológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and psychological measurement*, 45(1), 131-142.
- Al Jadili, M., & Thabet, A. (2017). The Relationship Between Post-Traumatic Stress Disorder and Coping Strategies among Patients with Cancer in Gaza Strip. *Journal of Nursing and Health Studies*, 2(14). Recuperado de <https://refugeereseach.net/wp-content/uploads/2017/06/PTSD-Coping-with-Cancer-A-Thabet-1.pdf>
- American Cancer Society. (2019). *Cancer Statistics Center*. Recuperado de https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.221689688.1594914285.1563233912-1458146956.1563233912#!/
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA
- Arias, W., Huamani, J. y Caycho- Rodriguez, T. (2008). Satisfacción con la vida en escolares de la ciudad de Arequipa. *Propósitos y Representaciones*, 6(1). <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n1.206>
- Aspinwall, L. G., & Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15. doi: 10.1007/s12160-009-9153-0

- Azzani, M., Roslani, A. C., & Su, T. T. (2014). The perceived cancer-related financial hardship among patients and their families: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 889-898. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2474-y>
- Brunet, J., McDonough, M., Hadd, V., Crocker, P., & Sabiston, C. (2010). The posttraumatic growth Inventory: an examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 830- 838 doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1640>
- Cadell, S., Suarez, E. & Hemsworth, D. (2015). Reliability and validity of a French version of Posttraumatic Growth Inventory. *Open Journal of medical psychology*, 4, 53-65. <http://dx.doi.org/10.4236/ojmp.2015.42006>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93–102. doi: <https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J., (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527. doi: [10.1023/A:1007745627077](https://doi.org/10.1023/A:1007745627077)
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J. *Lawrence Erlbaum Associates Publishers*.
- LIBRO

- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Nueva York: Psychology Press.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T. & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(2), 137-156. doi: 10.1080/10615806.2010.529901
- Cann, A., Calhoun, L., Tedeschi, R., & Solomon, D. (2000). Posttraumatic Growth and Depreciation as Independent Experiences and Predictors of Well-Being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151-166. <http://dx.doi.org/10.1080/15325020903375826>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carbajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, 20-34. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>.
- Cárdenas Castro, M., Barrientos Delgado, J., & Ricci Alvarado, E. (2015). Estructura factorial de la escala de soporte social subjetivo: validación en una muestra de estudiantes universitarios chilenos. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 95–101. doi: <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.9>
- Casellas-Grau, A., Font, A. & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. *Psycho- Oncology*, 23(1):9-19. doi:10.1002/pon.3353
- Cassaretto, M. & Martinez P, (2017). *Validación de las escalas de bienestar, de florecimiento y afectividad*. *Dialet*, 15(1). doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.VEFA>

- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andry-kowski, M. A. (2011). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176–185. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/buy/2001-06506-003>
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*(4), 308-319. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9083-6>
- Cowen, E. L., & Kilmer, R. P. (2002). “Positive psychology”: Some plusses and some open issues. *Journal of Community Psychology, 30*(4), 449–460. <https://doi.org/10.1002/jcop.10014>
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4), 349-354. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0047358>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2009). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. En C. Snyder y S. Lopez (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 187-194). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Biswas-Diener, R. (2010). New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143-156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y

- Dirksen, S. R. (1995). Search for meaning in long-term cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 628-633. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21040628.x
- Escurre, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111.
- Esparza- Baigorri, T., Leibovich de Figueroa, N. & Martínez.Terrer, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y estrés*, 22, 97-103. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/51011/47339>
- Frankl V. (1961). Logotherapy and the challenge of suffering. Review of Existential *Psychology & Psychiatry*, 1, 3-7. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/1961-06558-001>
- García-Torres, F., Alós, F. J., & Pérez-Dueñas, C. (2015). El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. *Psicooncología*, 12(2-3), 293-301. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51010
- García, A. L. G., Hurtado, A. G., & Aranda, B. E. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140. doi: <https://doi.org/10.5209/rev>
- García, F. E., Cova Solar, F., & Melipillán, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 143-151. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243033029007.pdf>

- Gargurevich, R., Luyten, P., Fils, J., & Corveleyn, J. (2009), Factor structure of the Impact of Event Scale-Revised in two different Peruvian samples. *Depression and Anxiety*, 26(8), 91-98. <https://doi.org/10.1002/da.20430>
- Gargurevich, R. (2016). Need satisfaction and posttraumatic growth after trauma in Peru. *Self Determination Theory Conference* . Póster presentado en el congreso de Victoria, Canadá.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). Lima: McGraw-Hill.
- Hirai, K., Shiozaki, M., Motooka, H., Arai, H., Koyama, A., Inui, H., & Uchitomi, Y. (2008). Discrimination between worry and anxiety among cancer patients: Development of a brief cancer-related worry inventory. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1172–1179. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1348>
- Ho, S. M., Chan, C. L., y Ho, R. T. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psychooncology*, 12(6), 377-389. doi: 10.1002/pon.758
- Ho, S. M., Law, L. S., Wang, G. L., Shih, S. M., Hsu, S. H., & Hou, Y. C. (2011). Psychometric analysis of the Chinese version of the Posttraumatic Growth Inventory with cancer patients in Hong Kong and Taiwan. *Psychooncology*, 22(3), 715-719. doi: 10.1002/pon.3024
- Hooper, L. M., Marotta, S. A., & Depuy, V. (2009). A confirmatory factor analytic study of the Posttraumatic Growth Inventory among a sample of racially diverse college students. *Journal of Mental Health* 18 (4), 335–343. doi: <https://doi.org/10.1080/09638230802522502>
- Howell, K. (2013). *An Introduction to the Philosophy of Methodology*. India: SAGE

Instituto de Enfermedades Neoplásicas (2015). *Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN periodo 2006-2015*. Recuperado de: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/17042017_Casos_Nuevos_de_Cáncer_%20en_el_INEN_del_2006_al_2015.pdf

Hyphantisa, T., Paikaa, V., Almyroudia, A., Kampletsasb, EO., Pavlidisb, N. (2011). Personality variables as predictors of early non metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 70 (5):411-421. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.011

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016). *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012* (Vol 5). Lima: INEN. Recuperado de: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20Cáncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019). Casos Nuevos De Cáncer Registrados En INEN, Periodo 2000-2017 (Ambos Sexos) . Recuperado de: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/04/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2017_VF.pdf

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2012). *Resumen de Indicadores de Salud*. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/06032013_RESUMEN_INDICADORES_INTRANET.pdf

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric Properties of The Dutch Version of The Posttraumatic Growth Inventory Among Cancer Patients, *Psycho-Oncology* 15, 911–920. doi: 10.1002/pon.1026
- Jim, H. S. L., & Jacobsen, P. . (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)*, 14(6), 414–419. doi: <https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e31818d8963>
- Jin, Y., Xu, J., Liu, H., & Liu, D. (2014). Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth Among Adult Survivors of Wenchuan Earthquake After 1 Year: Prevalence and Correlates. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.010>
- Joseph, S. y Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041–1053. doi:10.1080/15325 020500358241
- Joseph, S., & Linley, A. (2008) *Trauma, recovery and growth*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kaler, M. E., Erbes, C. R., Tedeschi, R. G., Arbisi, P. A., & Polusny, M. A. (2011). Factor Structure and Concurrent Validity of the Posttraumatic Growth Inventory – Short Form Among Veterans from the Iraq War. *Journal of Traumatic Stress*, 24(2), 200–207. <https://doi.org/10.1002/jts>.

- Kangas, M; Milross, C.; Taylor, A. y Bryant, RA. (2013). A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients. doi: 10.1002/pon.3208
- Kerlinger, F. N., y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento* (4a ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Kinsinger D. P., Penedo F. J., Antoni M. H., Dahn J. R., Lechner S., & Schneiderman. (2006). Psychosocial and socio demographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psychooncology*, 15(11), 954-961. doi: 10.1002/pon.1028
- Konkoly, B., Kovács, É., Balog, P., (2014). A bifactor model of the Posttraumatic Growth Inventory. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 2(1), 529–540. <http://dx.doi.org/10.1080/21642850.2014.905208>
- Landsbergen, K. M., Prins, J. B., Brunner, H. G., van Duijvendijk, P., Nagengast, F. M., van Krieken, J.H.,..., & Hoogerbrugge, N. (2012). Psychological distress in newly diagnosed colorectal cancer patients following microsatellite instability testing for Lynch syndrome on the pathologist's initiative. *Familial Cancer*, 11(2), 259–267. doi: 10.1007/s10689-012-9510-1
- Lechner S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do Sociodemographic and Disease-Related Variables Influence Benefit-Finding in Cancer Patients? *Psychooncology*, 12(5), 491-499. doi: 10.1002/Pon.671
- Lee, J., Luxton, D., Reger, G. & Gahm, G. (2010). Confirmatory factor analysis of the posttraumatic growth inventory with a sample of soldiers previously deployed

- in support of the Iraq and Afghanistan wars. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (7), 813-819. doi: 10.1002/jclp.20692
- Li Liu, C., Liu, L., Zhang, Y., Ze Dai X., & Wu, H. (2017) Prevalence and its associated psychological variables of symptoms of depression and anxiety among ovarian cancer patients in china: a cross- sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 15, 161. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561632/>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. doi: 10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Lostaunau Calero, A. V., y Torrejón Salmón, C. S. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de maestría). Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5175>
- Lostaunau, A. V., Torrejón, C. S., Cassaretto, M. D. L. M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*, 122, 75 – 90. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345>
- Lorna, C. (noviembre, 2016). Growth after trauma: Why are some people more resilient than others—and can it be taught?. *Monitor on Psychology*. 47(10). Recuperado de: <https://www.apa.org/monitor/2016/11/growth-trauma>
- Martínez, P. (2006). Perspectiva futura del Perú y el nivel de satisfacción con él. *Liberabit*, 12(12), 113-121. Recuperado de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272006000100004

- Mattia, G., Puglisi, R., Ascione, B., Malorni, W., Carè, A., & Matarrese, P. (2018). Cell death-based treatments of melanoma: Conventional treatments and new therapeutic strategies. *Cell Death and Disease*, 9, 1-14. <http://dx.doi.org/10.1038/s41419-017-0059-7>
- McAdams, D. P. (2006). *The redemptive self-stories Americans live by*. New York: Oxford University Press.
- Ministerio de Salud del Perú. (2011). *Indicadores de Mortalidad 2011*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/Asis/indbas/2011/mortalidad.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 633–646. doi: <https://doi.org/10.1348/135910707X246177>
- Neimeyer, R. A. (2001). The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the*

experience of loss (pp. 261-292). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Nunnally, J., y Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: Mc Graw Hill.

Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., & Font, A. (2017). Positive Psychotherapy for Distressed Cancer Survivors: Posttraumatic Growth Facilitation Reduces Posttraumatic Stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 28–37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2006). *Ética De La Investigación En Los Seres Humanos Y Políticas En La Salud Pública*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001512/151255s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *What is the WHO definition of health?* Recuperado de <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *WHO releases guidance on mental health care after trauma*. Recuperado de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Estimated number of new cases in 2018, worldwide, both sexes, all ages*. Recuperado de: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%

5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_oth
er=1

- Palmer, G. A., Graca, J. J., & Occhietti, K. E. (2012). Confirmatory Factor Analysis of the Posttraumatic Growth Inventory in a Veteran Sample with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Loss and Trauma, 17*(6), 545–556. doi: <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.678779>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment, 5*(2), 164-172. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pérez, E. R., & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento, 2*(1889), 58–66. Recuperado de: <https://doi.org/10.2307/2183556>
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., Booth, R. J. (1999) Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(6), 537-543. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00054-9
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2014). Italian Adaptation and Confirmatory Factor Analysis of the Full and the Short Form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Loss and Trauma, 19*(1), 12-22. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.734203>
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson D. B., & Strain, J. J. (1900). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *The American Journal of Psychiatry, 147*(6), 758-760. doi: 10.1176/ajp.147.6.758

- Rashid, T., & Seligman, M. (2013). *Positive Psychotherapy: Clinician Manual*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Rodriguez-Rey, R., Alonso-tapia, R., Kassam-Adams, N., & Garrido-Hernansaiz, H. (2016). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory in parents of critically ill children, *Psicothema*, 28(4), 495-503. doi: 10.7334/psicothema2016.162
- Rosenbach C., & Ronneberg, B. (2008). *Positive change after severe burn injuries*. *Journal of Burn, Care & Research*, 29(4), 638-643. doi: 10.1097/BCR.0b013e31817de275
- Ruini, C., & Vescovelli, F. (2012). The Role of Gratitude in Breast Cancer: Its Relationships with Post-traumatic Growth, Psychological Well-Being and Distress, *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 263-274. doi: 10.1007/s10902-012-9330-x
- Salcedo, K. (2019). *Crecimiento Postraumático Y Soporte Social En Padres De Niños Hospitalizados Por Quemaduras*. (Tesis de licenciatura). Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14189/Salcedo_Garcés_Crecimiento_postraumático_soporte1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez, M., Meseguer, M., y García, M. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 159-166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002>

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 219-247. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Nueva York: Free Press.
- Seligman, M. (2010). *Flourish: Positive Psychology and Positive Interventions. The Tanner Lectures on Human Values*. Recuperado de https://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/s/Seligman_10.pdf
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer, 83*(10), 1261–1267. doi :<https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1405>
- Stein K.D., Syrjala K.L. & Andrykowski M.A. (2008) Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer [Supplement: Cancer Survivorship: Embracing the Future]*, **112**, 2577–2592. doi: 10.1002/cncr.23448.
- Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 85–92. doi: 10.1002/jts.20606
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family Relationships and Post-Traumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Psychiatria Danubina, 24*(3), 298-306. Recuperado

de

<https://pdfs.semanticscholar.org/6022/1617cb1aceb50c2c53b6a432080401ead408.pdf>

- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(4), 353-367. doi: 10.1080/10615800701295007
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & 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(1), 75–82. doi: <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. doi: <http://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. C. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. doi: <https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501>
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M. (2014). Clinical Applications of Posttraumatic Growth. *Clinical Applications of Posttraumatic Growth*, 503–518. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/9781118996874.ch30>
- Tedeschi, R., Shakespear Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. (2018). *Posttraumatic Growth Theory: Research and Applications*. Nueva York, USA: Routledge.
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2013). Growth and the Cancer Caregiving Experience: Psychometric Properties of the Portuguese Posttraumatic Growth

- Inventory. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 31(4), 382–395.
<https://doi.org/10.1037/a0032004>
- Thege, B. K., Kovács, É., & Balog, P. (2014). A bifactor model of the posttraumatic growth inventory. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 529–540.
doi: 10.1080/21642850.2014.905208
- Ticona, S., Santos, E., y Siquerira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15(1), 9-20. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/741/74137151002.pdf>
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* (Tesis de maestría). Recuperado de
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1656>
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400–410. doi: <https://doi.org/10.1037/a0024204>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Vargas, S. A. N. (2017). *Estrés postraumático: tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ciudad de México: Manual Moderno
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. En J. P. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York, NY, US: Guilford Press.

- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 733–746. doi: <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.733.50750>
- Weiss, T., & Berger, R. (2006). *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice. Growth*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: understanding vehicles of change. *Psychology Psychotherapy, 76*(3), 595- 598. doi: 10.1348/147608303322362497
- Xiaoli, Wu., Atipatsa, Kaminga., Wenjie, Dai., Jing, Den., Zhipeng Wang., & Aizhong, Liu. (2018). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders. 15*(243), 408-415. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.023
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M., Jenewein, J., & Buchi, S. (2008). Posttraumatic growth in cancer patients and partners—effects of role, gender and the dyad on couples’ posttraumatic growth experience. *Psychooncology, 19*(1), 12-20. doi: 10.1002/pon.1486

ANEXOS

ANEXO A

Tablas

Tabla 13

Tedeschi y Calhoun (1996), Citado por Tedeschi et al. 2019

Factores del Crecimiento postraumático

Factores	Definición conceptual	Ítems
<i>Relación con Otros (7 ítems)</i>	Este factor evalúa el hecho de que la persona se sienta más unida y cercana a los demás ante las dificultades, incrementa el sentido de compasión hacia los que sufren, y muestra la voluntad para dejarse ayudar y utilizar el apoyo social que antes ha ignorado.	Ítems: 13, 14, 15,16,17, 18, 19
<i>Nuevas Posibilidades (5 ítems)</i>	Cambio en los intereses o actividades; algunas personas incluso emprenden nuevos proyectos vitales	Ítems: 8, 9, 10, 11, 12
<i>Fuerza Personal (4 ítems)</i>	Este factor evalúa en el cambio de autopercepción en las propias competencias y habilidades personales para el afrontamiento de situaciones difíciles. Las personas que desarrollan cambios en esta área, se sienten más fuertes, seguras y confiadas de si mismas, y se piensan y sienten más capacitadas para superar crisis o situaciones percibidas como difíciles y/o traumáticas. Así mismo, estos cambios los llevan a resolver de manera mas asertiva futuras experiencias similares a las mencionadas.	Ítems: 4,5,6,7
<i>Cambio Espiritual (2 ítems)</i>	Agrupar la búsqueda de sentido espiritual de las cosas, búsqueda de significado de la vida y planteamientos existenciales de la persona.	Ítems: 20, 21
<i>Apreciación por la Vida (3 ítems)</i>	Supone un cambio radical en las prioridades de la vida en una persona. Así mismo, se presenta un incremento en la apreciación de lo que la persona antes consideraba como “algo pequeño”	Ítems: 1,2,3

Tabla 14*V de Aiken del ICPT*

Ítem	Factor	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
1	<i>Apreciación por la Vida</i>	.87	.87	.93	.87
2			.87	1	1
3			.93	1	1
4	<i>Fuerza personal</i>	.93	1	1	1
5			1	1	1
6			.93	1	1
7			.87	.93	.93
8			.87	.93	.93
9	<i>Nuevas posibilidades</i>	.80	.80	.93	.87
10			.87	.93	.87
11			.93	1	1
12			1	1	1
13	<i>Relaciones con Otros</i>	1	.93	.93	.93
14			1	1	1
15			1	1	1
16			.93	1	1
17			1	1	1
18			.93	.87	1
19			1	1	1
20	<i>Espiritualidad</i>	.60	.93	.87	.80
21			1	1	1

Tabla 15*V de Aiken Total del ICPT*

	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
V de Aiken	.84	.94	.97	.96

Tabla 16*Correlación ítem- test de CPT Total con Factor I: Intrapersonal (9 ítems)*

Ítems	Medida de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
CPT4	28.92	43.49	.80	.76	.90
CPT5	29.08	42.79	.70	.54	.91
CPT6	28.90	42.38	.78	.69	.90
CPT7	28.92	42.94	.75	.76	.90
CPT8	28.94	41.93	.82	.82	.90
CPT9	29.09	40.91	.70	.61	.91
CPT10	29.07	40.60	.84	.76	.90
CPT11	29.54	40.97	.60	.49	.92
CPT12	29.59	41.25	.55	.46	.92

Tabla 17*Correlación ítem- test de CPT Total con Factor II: Interpersonal (7 ítems)*

Ítems	Medida de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
CPT13	23.60	16.80	.61	.39	.88
CPT14	23.30	16.30	.73	.63	.85
CPT15	23.10	19.20	.51	.33	.88
CPT16	23.30	16.70	.72	.65	.86
CPT17	23.20	17.80	.71	.59	.86
CPT18	23.10	18.90	.69	.67	.86
CPT19	23.20	17.70	.78	.74	.85

ANEXO B

Consentimiento Informado

ANEXO C

Ficha de Datos Sociodemográficos

Ficha De Datos Sociodemográficos Del Paciente
(Encuestador)

Datos Personales Del Paciente

Apellidos					Nombre				
Edad			Sexo			Fecha De Nacimiento	/ /		
Lugar De Nacimiento				Residencia Actual			Tiempo De Residencia En Lima		
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Conviviente	Hijos (N)			
Grado De Instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Técnica	Universitaria			
Ocupación					Apoyo social				
¿Cuenta con otras personas durante este proceso de enfermedad?			Sí	No	¿Se siente acompañado por otros durante este proceso?		Sí	No	

Conciencia de enfermedad:

¿Conoce usted qué enfermedad tiene?	Sí	No	<i>Respuesta del paciente</i>
¿Conoce usted qué es el cáncer?	Sí	No	<i>Respuesta del paciente</i>

Datos rellenos por encuestador:

Tipo de cáncer	
Tiempo de enfermedad	
Tratamiento Actual	
Número de Historia Clínica	

*Opcional (para entrega de resultados)

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Anexo D

Escala del Impacto del Estresor – Revisada versión peruana (EIE-RP)

Escala del Impacto del Estresor – Revisada versión peruana (EIE-RP)

Instrucciones: A continuación, hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia como la que indicaste. Indica cuánto te molestó cada problema durante los meses después de ocurrido el evento.

Por favor utilice la siguiente escala para sus respuestas:

0	1	2	3	4
No/ nunca	Sí, un poco	Sí, moderadamente	Sí, bastante	Sí, en extremo

1	¿Ha tenido recuerdos repetitivos, perturbadores e indeseados sobre el evento?	0	1	2	3	4
2	¿Ha tenido sueños repetitivos y perturbadores sobre el evento que le han molestado?	0	1	2	3	4
3	¿Ha sentido o actuado como si el evento estuviera sucediendo nuevamente (reviviéndolo, como si el evento estuviera pasando de nuevo)?	0	1	2	3	4
4	¿Se ha sentido muy angustiado/a cuando algo le hizo recordar el evento?	0	1	2	3	4
5	¿Ha tenido reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar el evento (por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6	¿Ha evitado recordar, pensar o tener sentimientos relacionados con el evento?	0	1	2	3	4
7	¿Ha evitado aspectos que le han hecho recordar el evento (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8	¿Tiene dificultad para recordar partes importantes de cuando pasó el evento?	0	1	2	3	4
9	¿Tiene creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo? Por ejemplo, ¿tiene pensamientos como: “soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso”?	0	1	2	3	4
10	¿Se ha culpado a sí mismo o a otros por el evento, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11	¿Tiene sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12	¿Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13	¿Se ha sentido distante o alejado de otras personas?	0	1	2	3	4
14	¿Ha tenido dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ha sido incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15	¿Ha sentido irritabilidad, explosiones de rabia o ha actuado agresivamente?	0	1	2	3	4
16	¿Toma demasiados riesgos o hace cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17	¿Está "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18	¿Se siente muy nervioso/a o se sobresalta fácilmente?	0	1	2	3	4
19	¿Tiene dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20	¿Tiene dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

Anexo E

Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT)

Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT)

Tedeschi & Calhoun

Para cada una de las siguientes oraciones, por favor indique hasta qué grado ese cambio ocurrió en su vida como resultado de su enfermedad

Por favor utilice la siguiente escala para sus respuestas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Muy poco	Poco	Moderadamente	Mucho	extremadamente

N	Preguntas	No cambio	Cambió Muy poco	Cambió un poco	Cambió moderadamente	Cambió altamente	Cambió Muy altamente
1	Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	0	1	2	3	4	5
2	Tengo un mayor aprecio por el valor de mi propia vida.	0	1	2	3	4	5
3	Siento mayor aprecio por cada día de mi vida.	0	1	2	3	4	5
4	Sé que puedo enfrentar dificultades.	0	1	2	3	4	5
5	Me siento más autosuficiente.	0	1	2	3	4	5
6	Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba.	0	1	2	3	4	5
7	Me siento más capacitado(a) para aceptar las cosas como vengan.	0	1	2	3	4	5
8	Estoy capacitado para mejorar mi vida.	0	1	2	3	4	5
9	Me abrí un nuevo camino en mi vida.	0	1	2	3	4	5
10	Tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan ser cambiadas.	0	1	2	3	4	5
11	Se me han presentado nuevas oportunidades que no se me hubiesen presentado de otra forma.	0	1	2	3	4	5
12	He desarrollado nuevos intereses.	0	1	2	3	4	5
13	Puedo expresar mis emociones con mayor facilidad.	0	1	2	3	4	5
14	Me siento más cercana/o a otras personas	0	1	2	3	4	5
15	Siento más compasión hacia los demás.	0	1	2	3	4	5
16	Me esfuerzo más en mis relaciones personales.	0	1	2	3	4	5
17	Se me hace más fácil aceptar que necesito de los demás.	0	1	2	3	4	5
18	Aprendí que la gente es maravillosa.	0	1	2	3	4	5
19	Veo más claramente que cuento con otras personas en tiempos difíciles.	0	1	2	3	4	5
20	Tengo más fe en mi religión.	0	1	2	3	4	5
21	Tengo un mejor entendimiento sobre cosas espirituales.	0	1	2	3	4	5

Anexo F

Escala de satisfacción con la Vida

**Escala de satisfacción con la Vida
Desarrollada por Diener**

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (solo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

Por favor utilice la siguiente escala para sus respuestas:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

Lea cuidadosamente cada una de las frases y responda lo más honestamente posible.

N	Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos, mi vida es como yo quiero que sea.	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas.	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.	1	2	3	4	5

Anexo G

Plantilla de Juicio de Expertos

Plantilla de Juicio de Expertos
Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2010)

**Validez de Contenido - Juicio de Expertos Del
Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT)**
Tedeschi & Calhoun 1996

Respetado Juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el *Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT)* como parte de la tesis de licenciatura titulada: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área de investigación de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez: _____

Formación Académica: _____

Áreas de experiencia profesional: _____

Cargo Actual: _____

Institución: _____

Objetivo de la investigación: Identificar las evidencias psicométricas

Objetivo del juicio de expertos: Hallar la validez de constructo del ICPT

Objetivo del ICPT: Evaluar los cambios psicológicos positivos tras un evento percibido como traumático (Tedeschi y Calhoun, 1996)

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda:

Categoría	Calificación		Indicador
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.	4	No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	3	Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden a la dimensión total.
	3	Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4	Alto nivel	Los ítems son suficientes.
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1	No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2	Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones en el uso de las palabras de acuerdo con su significado.
	3	Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica en algunos de los términos del ítem.
	4	Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión que se esta midiendo.	1	No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2	Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3	Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión.
	4	Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.	1	No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2	Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3	Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4	Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

A continuación escribir el número (1 - 4) según califique cada uno de los ítems y/o dimensiones que componen el ICPT. (En el caso de la categoría de *suficiencia*, la valoración no puede ser por ítem, sino por el grupo de ítems que conforman una dimensión a evaluar, puesto que lo que se valora es si son suficientes para ello, o no.)

Áreas	N	Ítem	*Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
Apreciación por la vida (3 ítems)	1	Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.				
	2	Tengo un mayor aprecio por el valor de mi propia vida.				
	3	Siento mayor aprecio por cada día de mi vida.				
Fuerza Personal (5 ítems)	4	Sé que puedo enfrentar dificultades.				
	5	Me siento más autosuficiente.				
	6	Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba.				
	7	Me siento más capacitado(a) para aceptar las cosas como vengan.				
	8	Estoy capacitado para mejorar mi vida.				
Nuevas Posibilidades (4 ítems)	9	Me abrí un nuevo camino en mi vida.				
	10	Tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan ser cambiadas.				
	11	Se me han presentado nuevas oportunidades que no se me hubiesen presentado de otra forma.				
	12	He desarrollado nuevos intereses.				
Relaciones con otros (7 ítems)	13	Puedo expresar mis emociones con mayor facilidad.				
	14	Me siento más cercana/o a otras personas				
	15	Siento más compasión hacia los demás.				
	16	Me esfuerzo más en mis relaciones personales.				
	17	Se me hace más fácil aceptar que necesito de los demás.				
	18	Aprendí que la gente es maravillosa.				
	19	Veo más claramente que cuento con otras personas en tiempos difíciles.				
Espiritualidad (2 ítems)	20	Tengo más fe en mi religión.				
	21	Tengo un mejor entendimiento sobre cosas espirituales.				

¿Hay alguna dimensión que hace parte del constructo y no fue evaluada?
