



**Crescimento Pós-Traumático em mulheres sobreviventes de cancro da
mama: relação com as estratégias cognitivas de *coping***

Marisa Alexandra Courel

Orientador de Dissertação:

Prof. Dra. Isabel Leal

Co-Orientador de Dissertação:

Dra. Inês Alvarez

Coordenador de Seminário de Dissertação

Prof. Dra. Isabel Leal

Tese submetida com requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Clínica

Especialidade em Psicologia da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dra. Isabel Leal, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos:

Aos meus pais, sem eles nada seria possível.

Ao Rafael e Afonso que mesmo nos dias mais difíceis conseguiam encher o meu coração de alegria.

Ao meu namorado, que sempre me acompanhou em todo este percurso com todo o apoio, compreensão e carinho.

À Dra. Isabel Leal, pela orientação prestada.

À Dra. Inês Alvarez, pela orientação indispensável à concretização deste estudo e pelo apoio e estímulo que me transmitiu.

A todas as mulheres que se disponibilizaram a participar neste estudo, pois sem elas o mesmo não se teria realizado.

Aos professores com quem me cruzei neste percurso e que muito me ensinaram.

A todos o meu sincero agradecimento, com a esperança de que um dia, lhes possa expressar convenientemente a extensão do meu reconhecimento.

Sumário

A presente investigação teve como principal objectivo indagar a presença de crescimento pós traumático e avaliar a sua correlação com as estratégias cognitivas de *coping* em mulheres sobreviventes de cancro da mama. O estudo desta correlação, após a revisão da literatura e de entre um conjunto de dimensões psicossociais relevantes, mostrou pertinência e actualidade. A amostra em estudo foi constituída por 50 mulheres sobreviventes do cancro da mama, recolhidas no universo português, em contexto não clínico. No que diz respeito aos instrumentos, foram utilizados dois inventários: o PTGI (Post Traumatic Growth Index), que visa medir o crescimento pós traumático e o CERQ (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire), que identifica as estratégias cognitivas de *coping* utilizadas após a vivencia de cancro. Os resultados revelaram a presença de crescimento pós traumático na amostra ($M=70.92$; $\sigma=17.55$) e correlações positivas entre cinco estratégias cognitivas de coping, sendo as mais significativas: reavaliação positiva ($r=.744$, $p=.000$); planeamento ($r=.584$, $p=.000$) e colocar em perspectiva ($r=.407$, $p=.003$). Dado a mutabilidade destas estratégias, a correlação fornece dados para o foco e conteúdo da intervenção/prevenção de problemas de saúde mental após a experiência de cancro da mama, incidindo nas terapias cognitivas com enfoque no conteúdo dos pensamentos.

Palavras-chave: *crescimento pós traumático; estratégias cognitivas de coping; mulheres sobreviventes, cancro de mama.*

Abstract

Our main objectives were to investigate the presence of post traumatic growth and evaluate its correlation with the cognitive coping strategies employed by breast cancer survivors. After revising the body of work done in this field, this correlation showed promise among other important psychosocial variables. 50 women who survived breast cancer were sampled from the portuguese universe in non-clinical context. To measure the target variables two inventories were used: the PTGI (Post Traumatic Growth Index), which aims to measure post traumatic growth and CERQ (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire), which identifies the cognitive coping strategies used to deal with stressful life events such as breast cancer. Our results are consistent with the presence of posttraumatic growth ($M=70.92$; $\sigma=17.55$) among sampled women and indicate positive correlations between 5 cognitive emotion regulation strategies, namely: positive reappraisal($r=.744$, $p=.000$); planning($r=.584$, $p=.000$), putting in perspective($r=.407$, $p=.003$). Since cognitive coping strategies are changeable it's relevant to consider these correlations during intervention/prevention of mental health problems after breast cancer, through cognitive therapies focused on thought processes.

Keywords: *post traumatic growth; cognitive coping strategies; womem, breast câncer survivors.*

Índice

Introdução	1-5
Metodologia	6-8
Objectivos	6
Questões de Investigação	6
Desenho de Investigação	6
Participantes	6
Procedimentos	7
Instrumentos	7-8
Resultados	9-11
Discussão de Resultados	12-15
Tabela 1	9-10
Tabela 2	11
Referências Bibliográficas	16-18
Anexos	
Anexo 1	19-25
Anexo 2	26-31

Introdução

O cancro da mama é um dos tumores mais frequentes nas mulheres, repercutindo-se aos mais variados níveis: físico, psicológico, familiar e social. O seu tratamento é muito agressivo e mesmo quando bem sucedido permanece a incerteza sobre possíveis recidivas. No entanto, a taxa de sobrevivência de cancro da mama têm vindo a aumentar, fazendo com que as mulheres com cancro da mama sejam um dos maiores grupos de sobreviventes de cancro. Assim, os factores que influenciam a qualidade e compreensão da vida desta população constituem uma questão fundamental. (Tomich & Helgeson, 2006).

A experiência de um cancro pode ser traumática, acarretando consequências para a vida posterior (Cordova, 2008). O impacto do cancro da mama não se limita apenas ao somático, esta vivência envolve uma diversidade de stressores. Todas as fases do cancro (diagnóstico, tratamento, recuperação e sobrevivência a longo-prazo) representam uma série de desafios que contribuem para a morbilidade psicológica (Moyer, 2000 cit., Varela & Leal, 2004), explicada pelo distúrbio de stress agudo e distúrbio de pós-stress traumático (Gáldon & Perez, 2002 cit., Varela & Leal, 2004).

Os estudos revelam que apenas uma pequena percentagem de pessoas expostas à adversidade, desenvolve uma constelação de sintomas significativos, ao ponto de se constituir como uma perturbação com diagnóstico claro (Varela, 2006). Este facto pode apresentar duas explicações possíveis, por um lado, a vulnerabilidade pessoal (os factores psicossociais assumem um papel fulcral), por outro, a possibilidade de crescimento psicológico em consequência dos esforços implementados para lidar com a situação adversa (Tessa, et al, 2006).

No que concerne a investigações que correlacionam o crescimento pós traumático e o stress pós traumático, os resultados têm sido contra-intuitivos (McMillin et al., 1997; Park, Aldwin, Fenster & Snyder, 2008; Park et al., 1996; Schorr & Roemer, 2002; Wexler, Shiri, Alkalay, Meiner & Kreitler, 2008; Snape, 1997. Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Frazier et al., 2001; Ickovics, Meade, Kershaw, Milan, Lewis & Ethier, 2006 cit., Kane, 2009).

A maioria das investigações destacam que o cancro da mama resulta num momento de crise em que a probabilidade de retorno à situação anterior de saúde plena é muito ténue, implicando uma necessidade de reorganização e adaptação do indivíduo a uma nova realidade.

Actualmente, existe um crescente interesse, ao nível da investigação, que sugere que os sujeitos que sofrem uma experiência traumática (e.g. diagnóstico e tratamento do cancro da

mama) podem vivenciar mudanças positivas na sua vida, como resultado dos esforços empreendidos para lidar com os acontecimentos adversos (Crescimento Pós-Traumático) (Tedeschi & Calhoun, 2006; Zoellner & Maercker, 2006). O conceito de crescimento pós-traumático foi introduzido por Tedeschi e Calhoun (1996), para descrever as modificações provocadas pelo trauma que conduzem a uma maior compreensão de si e do meio e ao desenvolvimento de estratégias mais adequadas à nova realidade. Os autores (1996) destacam cinco domínios existenciais nos quais é possível observar crescimento: melhoria relacional, reconhecimento de novas possibilidades e caminhos, sentimento de força pessoal aumentada, desenvolvimento espiritual e maior valorização da vida com mudanças de prioridades.

A vivência de cancro pode proporcionar uma oportunidade de crescimento psicológico/ bem-estar psicológico. O indivíduo ao ser confrontado com um acontecimento desta natureza, pode reavaliar e redefinir os seus objectivos de vida, descobrir novas significações, novas prioridades, maior apreciação pela vida, abertura a novas possibilidades, maior força pessoal, melhor relacionamento com os outros e mudanças a nível espiritual e/ou existencial (Cordova, et al, 2007). É de salientar, que os efeitos positivos do cancro, não ocorrem em todos os pacientes, nem em todas as fases da trajectória da doença (Kefferon, Grealy & Mutrie, 2009). Consequentemente, a suposição generalizada de que o trauma pode resultar em perturbação não deverá ser substituída por expectativas de que o crescimento é um resultado inevitável, podendo a angústia e o crescimento pessoal coexistirem (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Estudos sugerem que a maioria dos indivíduos que sofreram um trauma experienciam resultados positivos em resposta ao trauma (Frazier & Kaler, 2006 cit. Kane, 2009). Por exemplo, mais de 80% das mulheres com cancro relatam pelo menos um resultado positivo consequente da doença (Collins, Taylor & Skokan, 1990; Fromm, Andrykowski & Hunt, 1996; Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003 cit. Kane, 2009).

Mystakidou e colaboradores (2008), verificaram que algumas características sócio-demográficas podem ajudar a explicar a presença de crescimento pós traumático, nomeadamente a idade e viver com um parceiro. As seguintes dimensões têm revelado fortes correlações com o crescimento pós traumático: imagem corporal (Ramos & Padrão, 2005; Baptista & Tapadinhas, 2006; Tapadinhas et al, 2006), qualidade de vida (Baltar et al, 2004), suporte social percebido (Padrão et al, 2006; Friedman et al, 2006) e personalidade (Padrão & Leal, 2004; Urcuyo et al, 2005).

Neste estudo pretende-se correlacionar o crescimento pós traumático com outra variável, as estratégias cognitivas de *coping* (medidas através de um questionário de auto preenchimento,

Cognitive Emotion Regulation - CERQ) utilizadas por mulheres sobreviventes de cancro da mama. Após pesquisa bibliográfica, constatou-se que a dimensão proposta atesta fortes correlações com o crescimento pós traumático, sendo uma área relativamente recente, com poucos estudos realizados e com reduzida diversidade de amostra (Garbetski, Kraaij & Spinhoven, 2002; Martin & Dahlen, 2005; Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2007; Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2008).

Considerando o cancro como um acontecimento potencialmente traumático e capaz de induzir níveis elevados de stress, interessa estudar os mecanismos psicológicos (estratégias cognitivas de *coping*) associados ao ajustamento das mulheres sobreviventes ao cancro da mama à sua nova realidade, de forma a esclarecer os diferentes *outcomes* observados na literatura. Podemos para tal socorrer-nos das teorias da auto-regulação.

A teoria da auto-regulação (Carver & Scheier, 1999, 2000 cit., Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2008), propõe que os indivíduos se esforçam para estabelecer e realizar objectivos pessoais, sendo que os obstáculos que vão encontrando na sua realização impactam no bem-estar psicológico e exigem um esforço de reorganização e adequação desses objectivos à nova realidade. Como forma de restaurar o bem-estar psicológico, o indivíduo deverá desinvestir de objectivos inatingíveis e encontrar alternativas para objectivos atingíveis e significativos.

Schroevers, Kraaij e Garnefski (2008), concluíram que as estratégias cognitivas de *coping* que os pacientes utilizam para regular as suas emoções, parecem importantes para o seu bem-estar psicológico. Os pacientes com cancro que conseguiam ter pensamentos sobre temas mais agradáveis (ao invés de pensamentos sobre a experiência de cancro) e aqueles que não recorrem à ruminação, relatam um maior bem-estar. Salienta-se, que reorganizar positivamente é uma estratégia cognitiva eficaz para diminuir as emoções negativas e estimular a emergência de emoções positivas.

O CERQ (Cognitive Emotion Regulation Questionnaires) foi criado para aceder aos estilos cognitivos de *coping*, empregues no ajustamento/adaptação a um acontecimento específico. Este instrumento propõe-se avaliar as estratégias cognitivas de *coping* que os indivíduos geralmente usam quando vivenciam algo desagradável. Através do CERQ é possível aceder a nove estratégias de *coping*: auto-culpabilização, aceitação, ruminação, reorganização positiva, planeamento, reavaliação positiva, colocar em perspectiva, pensamento catastrófico e culpabilização do outro (Garbetski, Kraaij & Spinhoven, 2002).

A partir deste instrumento é possível avaliar se um indivíduo recorre a estratégias cognitivas de *coping* adaptativas ou não adaptativas num dado acontecimento. Esta informação pode ser

de grande pertinência para se decidir a finalidade e o conteúdo de uma intervenção. Segundo Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2002), especialmente as estratégias de ruminação, pensamentos catastróficos e auto-culpabilização estão associadas aos sintomas de psicopatologia. Contrariamente, as estratégias de reavaliação positiva e reorientação positiva podem significar uma espécie de protecção.

Investigações anteriores, sugerem que as estratégias cognitivas caracterizadas por ruminação e reorientação positiva desempenham um papel importante no processo de auto-regulação (Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2008). No que concerne à correlação entre as estratégias cognitivas de *coping* (medidas através do CERQ) com a depressão, ansiedade, stress e raiva, verificou-se que as estratégias de auto-culpabilização, ruminação, pensamento catastrófico e reavaliação positiva (inversamente) foram os preditores mais importantes nas emoções negativas (Martin & Dahlen, 2005).

A mudança de objectivos, isto é, eliminar objectivos inatingíveis e reinserir objectivos alternativos, bem como as estratégias cognitivas de regulação da emoção, parecem desempenhar um papel importante em pacientes com cancro no seu bem-estar psicológico. Este facto foi verificado num estudo desenvolvido por Schroevers, Kraaij & Garnefski (2008), em que os objectivos significativos e atingíveis, focados em questões agradáveis, foram significativamente associadas às emoções positivas. Constatou-se que as estratégias de ruminação e pensamento catastrófico foram significativamente associadas com emoções negativas.

Num estudo desenvolvido por Garnefski, Kraaij & Spinhoven (2008), relacionou-se a variância do crescimento pós traumático com as estratégias cognitivas de *coping*, em 139 pacientes após um enfarte do miocárdio. Os resultados mostraram que as estratégias que melhor explicavam a presença de crescimento pós traumático, foram as seguintes: colocar em perspectiva, reorientação positiva e reavaliação positiva.

O crescimento pós traumático é uma área de estudo relativamente recente, existe uma série de potenciais mediadores ou moderadores que podem ser estudados. Há ainda um longo caminho a percorrer em termos de factores que podem inibir ou aumentar o crescimento pós traumático. Este estudo pretende avaliar a correlação existente entre o crescimento pós traumático e as estratégias cognitivas de *coping*, isto é, quais as estratégias mais utilizadas quando se observa crescimento nesta amostra. Esta informação poderá ser de grande relevância em divisar estratégias de intervenção, no âmbito das terapias cognitivas, capazes de

intervir ao nível da mudança disfuncional e crenças irracionais, sendo o enfoque no conteúdo dos pensamentos.

Dar ênfase ao crescimento pós traumático é particularmente importante se o objectivo do trabalho clínico não passa apenas pela remoção do sintoma, mas sim pelo crescimento e desenvolvimento.

Objectivos

- Observar a existência de crescimento pós traumático numa amostra de mulheres sobreviventes do cancro da mama.
- Verificar quais as variáveis sócio demográficas que se relacionam com o crescimento pós traumático.
- Determinar quais as estratégias cognitivas de *coping* que se correlacionam mais fortemente com o crescimento pós traumático, numa amostra de mulheres sobreviventes do cancro da mama.

Questões de Investigação:

Considerando o cancro de mama um acontecimento potencialmente traumático que apresenta uma série de desafios ao nível da reestruturação e reorganização psicológica, é possível observar crescimento entre as mulheres que lhe sobrevivem?

Quais as estratégias cognitivas de *coping* mais frequentemente empregues pelas mulheres que manifestam crescimento?

Desenho de Investigação:

O estudo foi levado a cabo com 50 mulheres sobreviventes de cancro da mama, que foram avaliadas num só momento, quanto ao crescimento pós traumático, estratégias cognitivas de *coping* e variáveis sócio-demográficas. Pretendeu-se investigar a existência de crescimento pós traumático, bem como a sua correlação com as estratégias cognitivas de *coping*.

Participantes:

A amostra foi constituída por um grupo de 50 mulheres sobreviventes de cancro da mama, num contexto não clínico. O tipo de amostra obtida foi do tipo bola de neve, sendo o estudo não probabilístico.

Procedimentos

A recolha de dados efectuou-se através de um protocolo online e de conhecimentos pessoais, sendo esta uma amostra não clínica. A amostra foi retirada do universo português, tendo sido solicitada a autorização das participantes mediante um protocolo de consentimento informado para participação voluntária na investigação. Este consentimento teve como finalidade explicar os objectivos gerais da investigação, garantindo o anonimato e confidencialidade da informação recolhida.

Instrumentos

Para a realização desta investigação, utilizou-se um protocolo (consultar anexo 1) com os seguintes conteúdos: variáveis demográficas (idade, raça, estatuto educacional, ocupacional e conjugal) e variáveis relacionadas com a doença (tipo de tratamentos, ano do primeiro diagnóstico, ano da alta médica); um inventário para medir o crescimento pós traumático - PTGI (Post Traumatic Growth Index), construído por Tedeschi e Calhoun (1996); e um questionário que permitiu identificar as estratégias cognitivas de *coping* utilizadas após acontecimentos e/ou situações negativas – Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002).

O PTGI é constituído por 21 itens que pretendem medir as mudanças positivas experimentadas pelos sujeitos após um acontecimento traumático, que neste estudo será o cancro da mama. O inventário é composto por cinco factores que correspondem aos principais domínios do crescimento pós traumático, designadamente: melhoria relacional, reconhecimento de novas possibilidades, sentimento de força pessoal aumentada, mudança espiritual e aumento do interesse pela vida. No PTGI os itens estão classificados numa escala Lickert de seis pontos, variando de zero “Eu não experimentei essa mudança como um resultado da minha crise” (Nada) a cinco “Eu experimentei uma mudança muito grande, como resultado da minha crise” (Extremamente). Os scores totais podem variar de 0 a 126, considerando-se que existe crescimento a partir de um score de 65. Tedeschi e Calhoun (1996), verificaram que a medida apresentava boa consistência interna (alfa = .90) e a confiabilidade teste-reteste num intervalo de dois meses ($r = .71$).

O CERQ um questionário multidimensional, foi construído com o objectivo de identificar as estratégias cognitivas de *coping* que um indivíduo utiliza após vivenciar

acontecimentos/situações negativas, como é o caso do cancro da mama. O CERQ refere-se exclusivamente aos pensamentos de um indivíduo, após ter sofrido um impacto negativo na sua vida. Este questionário é de auto-relato, composto por 39 itens, que compreendem 9 subescalas (diferentes estratégias cognitivas de *coping*): auto-culpabilização, refere-se aos pensamentos em que o indivíduo se culpa a si mesmo; aceitação, remete para pensamentos de renunciar o acontecimento negativo; ruminação, significa pensar sistematicamente em sentimentos e pensamentos associados ao evento negativo; reorganização positiva, traduz-se em pensamentos relacionados com assuntos agradáveis, em detrimento do acontecimento negativo; planeamento, significa pensar quais as estratégias a utilizar para lidar com a situação; reavaliação positiva, consiste em associar um significado positivo ao acontecimento em termos de crescimento pessoal; colocar em perspectiva, refere-se a pensamentos de minimizar a gravidade do acontecimento, comparando com outros; pensamento catastrófico, consiste em enfatizar os aspectos negativos do acontecimento; e culpabilização do outro, refere-se aos pensamentos de depositar a culpa em terceiros (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002).

No CERQ os itens estão classificados numa escala Lickert de cinco pontos, variando de 1 “nunca” a 5 “sempre”. Para todas as estratégias cognitivas de *coping*, altos scores significam o uso frequente de uma estratégia específica; contrariamente baixos scores referem-se a um uso menos frequente. Estudos anteriores que recorreram as estratégias cognitivas de coping, demonstram que todas as subescalas têm boa consistência interna (.68 – .86) e boa validade (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002).

Resultados

Após a recolha da amostra, os dados foram inseridos no programa estatístico (SPSS, 18) e analisados (consultar anexo 2). A amostra foi extraída do universo português, tendo sido recolhida presencialmente (72%) e por e-mail (28%).

No protocolo administrado, a primeira secção destinava-se a questões sócio-demográficas, que foram analisadas estatisticamente quanto à sua distribuição (consultar tabela 1). Nesta secção, enumeram-se algumas variáveis que melhor poderão caracterizar esta amostra.

As 50 mulheres sobreviventes ao cancro da mama amostradas nesta investigação apresentam uma média de idades de 54,96 anos ($\sigma = 11,69$). 68% destas mulheres são casadas, sendo a média de filhos de 1,72 ($\sigma = 0,83$). Quanto ao nível de escolaridade: 42% tinham 6 anos ou menos de escolaridade completa, 12% estavam ao nível do 9º ano, 18% até ao 12º, 26% relatava frequência universitária e/ou licenciatura e apenas 2% desenvolveu estudos pós-graduados.

Uma segunda parte do protocolo destinava-se a questões relacionadas com o cancro da mama. No que concerne ao ano de diagnóstico, foram definidos quatro intervalos: diagnóstico há menos de um ano (6%), de um a dois anos (22%), de 3 a 4 anos (22%) e o diagnóstico superior a 5 anos (50%). Verificou-se que 52% da amostra já teve alta médica. Quanto aos tratamentos realizados, foram identificados seis tipos: terapia hormonal (em 22% das mulheres), cirurgia reconstrutiva (30%), cirurgia radical (56%), cirurgia parcial (38%), quimioterapia (66%) e radioterapia (52%).

Tabela 1: Caracterização da amostra – dados sócio-demográficos

Variáveis	M	σ	Max.	Min
Idade	54.96	11.69	80	35
Nº Filhos	1.72	.83	4	0
Estado civil	%			
Solteira	6			
Casada	68			
Divorciada	14			
Viúva	12			
Escolaridade				
< 6ºano	42			
6º - 9ºano	12			

9° - 12°ano	18
Freq. Univ. (licenciatura)	26
Est. Pós-graduados	2
Ano de diagnóstico	
<1 ano	6
1-2 anos	22
3-4 anos	22
>5 anos	50
Alta médica	52
Tratamentos	
Radioterapia	52
Quimioterapia	66
Cirurgia parcial	38
Cirurgia radical	56
Cirurgia reconstrutiva	30
Terapia hormonal	22

O crescimento pós traumático foi medido através do Post Traumatic Growth Index (PTGI), verificando-se crescimento para valores superiores a 65. Nesta amostra o score médio foi de 70.92 com um desvio padrão de 17.55, sendo o mínimo de 32 e o máximo de 98. Após verificar-se a existência de crescimento pós traumático, foram analisadas quais as subescalas que assumiram maior relevância para esse crescimento, bem como a sua correlação com o score total: melhoria relacional (M= 24.48, σ = 6.28, $r=.92$, $p=0.01$), reconhecimento de novas possibilidades (M= 14.66, σ = 4.98, $r=.91$, $p=0.01$), sentimento de força pessoal aumentada (M=13.7, σ = 3.77, $r=.68$, $p=0.01$), aumento do interesse pela vida (M= 11.5, σ = 2.77, $r=.83$, $p=0.01$) e mudança espiritual (M= 6.58, σ = 2.48, $r=.87$, $p=0.01$).

Após a caracterização da amostra, realizaram-se correlações entre o crescimento pós traumático e as variáveis sócio-demográficas. Nenhuma variável sócio-demográfica se relacionou significativamente com o crescimento, com a exceção do tipo de tratamento, em que a quimioterapia mostrou correlação significativa com o crescimento pós traumático ($r=.43$, $p=.01$).

Seguidamente correlacionou-se o crescimento pós traumático e as estratégias cognitivas de coping, através das subescalas do CERQ (consultar tabela 2). De entre as nove subescalas, as que se encontram mais fortemente correlacionadas foram as seguintes: reavaliação positiva ($r=.744$, $p=.000$); planeamento ($r=.584$, $p=.000$) e colocar em perspectiva ($r=.407$, $p=.003$).

Com o pensamento catastrófico ($r=.281$, $p=.048$) e com a reorganização positiva ($r=.365$, $p=.009$), verificou-se uma correlação mais moderada, ainda que significativa.

Tabela 2: Correlações entre o crescimento pós traumático (PTGI) e as subescalas do CERQ

CERQ subescalas	r	PTGI Total
		sig
Reavaliação Positiva	.744**	.000
Planeamento	.584**	.000
Colocar em Perspectiva	.407**	.003
Reorganização Positiva	.365**	.009
Pensamento Catastrófico	.281*	.048
Culpabilização do Outro	.226	.114
Ruminação	.2	.165
Auto-Culpabilização	.194	.178
Aceitação	.108	.456

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Discussão

O presente estudo objectivou avaliar o crescimento pós traumático em mulheres sobreviventes de cancro da mama. Constatou-se que existe crescimento pós traumático após a exposição a um acontecimento stressante (cancro da mama) nesta população. A intensidade do crescimento encontra-se mais relacionado com as relações interpessoais, do que com a valorização da própria vida. A sub-escala de relações interpessoais foi a que revelou valores médios mais elevados, bem como a correlação mais forte com o score total de crescimento pós traumático ($M= 24.48$, $\sigma = 6.28$, $r=.92$, $p=0.01$). Contrariamente, o aumento do interesse pela vida ($M= 11.5$, $\sigma= 2.77$, $r=.83$, $p=0.01$) e a mudança espiritual ($M= 6.58$, $\sigma= 2.48$, $r=.87$, $p=0.01$), assumiram valores menos significativos na intensidade de crescimento pós traumático, sendo o sentimento de força pessoal aumentada o que apresenta a correlação mais fraca. Uma possível explicação para esta conclusão, passa pelo facto dos relacionamentos das mulheres geralmente desempenharem um papel central na sua vida quotidiana (Keith & Thomas, 2006).

O crescimento pós traumático não se verificou em todas as mulheres desta população, mas na sua maioria. Como tentativa de explicação, poderá dizer-se que os efeitos positivos da vivência de cancro, não ocorrem em todos os pacientes, nem em todas as fases da doença (Garbetski, Kraaij & Spinhoven, 2002; Martin & Dahlen, 2005; Schroevers, Kraaij & Garbetski, 2007; Schroevers, Kraaij & Garbetski, 2008; Kefferon, Grealy & Mutrie, 2009).

Concomitantemente pretendeu-se avaliar a relação entre o crescimento pós traumático e as estratégias cognitivas de coping. Os dados obtidos, demonstram que existem estratégias que contribuem e favorecem o crescimento pós traumático, acima da influência de factores sócio-demográficos (Kefferon, Grealy & Mutrie, 2009). De acordo com um estudo levado a cabo por Mystakion e colaboradores (2008), características pessoais como a idade e estado civil, ajudam a explicar a presença de crescimento pós traumático. Nesta população não se verificaram correlações com as características supramencionadas, nem com outras dimensões sócio-demográficas em estudo como a escolaridade, número de filhos e ano de diagnóstico. No que respeita ao tipo de tratamento, obteve-se apenas uma correlação significativa entre a quimioterapia e o crescimento pós traumático.

De acordo com Garbetski, Kraaij & Schoevers (2007) a adaptação emocional à crise pode decorrer da mobilização de nove estratégias cognitivas diferentes. No presente estudo, nem todas se encontram relacionadas com o crescimento pós traumático. A ruminação, a auto-

culpabilização, a aceitação e a culpabilização de outros não manifestaram correlação significativa com o crescimento. Através da literatura disponível sabe-se que estas estratégias podem estar associadas a emoções negativas e a sintomas psicopatológicos.

Denota-se que o crescimento pós traumático, nesta amostra, pode ser explicado através das seguintes estratégias: reavaliação positiva, planeamento, colocar em perspectiva, reorganização positiva e pensamento catastrófico.

Num estudo desenvolvido por Garnefski, Kraaij & Spinhoven (2008), encontraram três estratégias cognitivas de coping que assumiam maior relevância na explicação do crescimento pós traumático: reorganizar positivamente ($r=.89$, $p=.001$), reavaliação positiva ($r= .79$, $p=.001$) e colocar em perspectiva ($r= .31$, $p=.001$). A presente investigação vem corroborar esses dados, sendo que o crescimento na nossa amostra também se encontra significativamente correlacionado com o planeamento e o pensamento catastrófico.

Para a população deste estudo, a reavaliação positiva assume a correlação mais forte com o crescimento pós traumático, considerando-se adaptativa. Significa que estas mulheres conseguiram atribuir mentalmente um significado positivo ao aparecimento do cancro da mama em termos de crescimento pessoal; o acontecimento traumatizante é percebido com aspectos mais positivos, nomeadamente como algo que as tornou mais fortes.

O planeamento aparece nesta população igualmente como um índice de crescimento. Esta estratégia tem por base o estabelecimento de um projecto de vida, após o aparecimento de cancro, tendo em vista a adaptação das sobreviventes. Esta estratégia é considerada positiva, desde que o problema seja resolvido, caso contrário estaríamos perante pensamentos sem acção, frequentemente associados a problemas emocionais (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002).

Colocar em perspectiva, revelou-se uma estratégia cognitiva de coping adequada para as mulheres sobreviventes do cancro da mama. Este mecanismo manifesta-se através de pensamentos que visam diminuir a gravidade do acontecimento, comparativamente a outros, permitindo a estas mulheres aceitarem que existem problemas piores que os seus.

Era expectável, que a reorientação positiva também se relaciona-se com o crescimento pós-traumático, na medida em que esta estratégia só por si pode ter um efeito positivo no bem-estar emocional (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002, 2009). As participantes deste estudo conseguiram pensar em temas mais agradáveis em vez do cancro.

Contrariamente a outros estudos (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002; Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2008), o pensamento catastrófico assume nesta amostra um valor adaptativo. Os

indivíduos relatam pensamentos recorrentes sobre o quão terrível foi o cancro e como o consideram a pior experiência que poderiam ter. Não obstante, estes pensamentos encontram-se positivamente correlacionados com a presença de crescimento pós traumático. O recurso ao pensamento catastrófico parece desempenhar um papel importante na adaptação à crise, podendo estes dados serem explicados à luz do stress pós traumático. Os indivíduos utilizam esta estratégia perante um acontecimento traumatizante, potenciando o aparecimento de crescimento pós traumático, que surge em consequência dos esforços implementados para lidar com a situação adversa. Sublinha-se que o crescimento pós traumático sucede de um trabalho pessoal em adaptar-se a uma nova realidade, com angústias e sofrimento.

Esta tentativa de explicação requer maior aprofundamento, nomeadamente correlacionar não só o crescimento pós traumático com as estratégias cognitivas de coping, como introduzir sintomas de stress pós traumático.

Sugere-se que as estratégias cognitivas de coping são mecanismos mutáveis, ao contrário, por exemplo, da personalidade, o que as torna particularmente pertinentes no contexto das intervenções psicoterapêuticas (Schroevers, Kraaij & Garnefski, 2008). Sabe-se que é possível influenciar os níveis de variação positiva de crescimento pós traumático, através de uma intervenção clínica (Antoni, et al., 2001). Poderá existir um trabalho terapêutico nas mulheres com cancro da mama que potencie a utilização de estratégias mais adaptativas, como forma de colocar os eventos em perspectiva, redireccionar o foco para questões mais positivas, fazer o planeamento da sua vida e reavaliar a situação. O foco interventivo deverá ser colocado no conteúdo dos pensamentos para os conseguir alterar potenciando a percepção de crescimento a partir do trauma. Este tipo de abordagem pode ser ligada às terapias cognitivas, que se centram na mudança disfuncional e em crenças irracionais.

Conclusão

Os resultados obtidos podem estar condicionados por alguns factores limitativos. A presença de crescimento pós traumático e a avaliação das estratégias, assentaram em avaliações de auto-relato, o que pode causar algum enviesamento, bem como o número reduzido de amostra em contexto não clínico. Estudos futuros poderão aumentar o número da amostra e utilizar outras formas de recolha de dados, como por exemplo, entrevistas pessoais.

Sabe-se que outros factores também poderão estar relacionados com o crescimento pós traumático, tais como, a ansiedade, apoio social, depressão, não sendo estes incluídos na

presente investigação. Outros estudos poderão tentar incluir mais factores e testar a sua correlação com o crescimento pós traumático.

São necessários estudos prospectivos para verificar em que medida os indivíduos podem atravessar diferentes fases de recuperação nos meses após a ocorrência de cancro da mama e as respectivas flutuações emocionais. Neste estudo foram utilizados dados de corte transversal, não sendo possível obter conclusões sobre indicações de influência, necessitando-se estudos longitudinais para esclarecer as direcções dessas associações; factor importante nos modelos teóricos e estratégias de intervenção.

No entanto, acreditamos que estas limitações possam ser compensadas pela escassez de literatura nesta temática. Os presentes resultados fornecem informações importantes para o foco e conteúdo da intervenção e prevenção de problemas de saúde mental após a experiência de cancro da mama. Será esperado que se possa ajudar as pacientes a dar mais importância às experiências positivas na sua vida quotidiana, experiências reais no aqui e agora, com abertura e aceitação.

Conclui-se, que um aspecto importante desta investigação, prende-se com a existência de um número reduzido de estudos sobre o crescimento pós traumático, bem como a sua correlação com as estratégias cognitivas de coping, conseguindo compreender quais as mais adaptativas para este tipo de evento traumático. As estratégias cognitivas de coping consideram-se adaptativas sempre que concorrem para aumentar a capacidade de auto-percepção, optimismo, assim contribuindo para um melhor ajustamento psicológico.

A doença de foro oncológico, nomeadamente o cancro da mama, assume valores elevados e preocupantes na população portuguesa. No entanto, os dados revelam que a taxa de sobrevivência tem vindo a aumentar gradualmente, fazendo das mulheres com cancro da mama um dos maiores grupos de sobreviventes de cancro. Tornando-se importante estudar os factores que influenciam a qualidade de vida. A presença de crescimento pós traumático em mulheres sobreviventes de cancro da mama poderá ser explicada pela utilização de um número de estratégias cognitivas de coping que visam neutralizar o impacto negativo do cancro. Esta informação torna-se pertinente no âmbito da intervenção/prevenção, sendo possível recorrer a terapias cujo foco será o conteúdo dos pensamentos, ambicionando como objectivo último o crescimento e desenvolvimento.

Referências Bibliográficas:

Cordova, M., Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V. & Spiegel, D. (2007). Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Clinical Psychology Med Setting*, 14, 308-319.

Cordova, M. (2008). Facilitating posttraumatic growth following cancer. *Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*, 185-205

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). Normal Personality Assessment In Clinical Practice: The New Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.

Friedman, L., Kalidas, M, Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. & Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.

Garnefski, N., Kraaij, V. & Schoevers, P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Leiderdorp, The Netherlands: DATEC*.

Garnefski, N., Kraaij, V. & Schoevers, P. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Clinical and Health Psychology*, 413-423.

Garnefski, N., Kraaij, V. & Schoevers, P. (2008). Post-traumatic Growth After a Myocardial Infarction: A Matter of Personality, Psychological Health, or Cognitive Coping? *Clinical Psychology Medical Settings*, 15, 270-277.

Garnefski, N. & Kraaij, V. (2009). Cognitive Coping and Psychological Adjustment in Different Types of Stressful Life Evens. *University of Leiden*, 7 (3), 168-181.

- Kane, J. (2009). *An examination of a two-factor model of rumination and its impact on the relationship between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder (PTSD)*. George Mason University, 1-103.
- Martin, R. & Dahlen, E. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality And Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N. & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast*, 17(4), 382-386.
- Padrão, I. & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o modelo dos Big Five. In Leal & Ribeiro (Orgs.), *Actas do 5º congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Tapadinhas, A., Palhinhas, P. & Gouveia, P. (2006). Validação da escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”: estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 333-340.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-71.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: a new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21 (4).
- Tedeschi, R., Calhoun, L. & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology*, 56, 396-406.
- Tessa, J. Grieteke, P., Sanderman, R., Ranchor, A. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(10) 911-920.

Tomich, P. & Helgeson, V. (2006). Cognitive Adaptation Theory and breast cancer recurrence: are there limits? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (5) 980-987.

Urcuyo, K., Boyers, A., Carver, C. & Antoni, M. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping and concurrent well-being. *Psychology and Health, 20* (2), 175-92.

Varela, A. & Leal, Isabel (2004). Factores psicológicos associados à resiliência no stress pós traumático em mulheres com cancro de mama. In Leal & Ribeiro (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.

Varela, A. (2006). Perturbação de pós-stress traumático em mulheres com cancro de mama: A relação com estratégias de coping, satisfação com o suporte social e sentido de coerência. *Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa*.

Anexos

Anexo 1: Protocolo

A presente investigação decorre no âmbito de um Doutoramento em Psicologia da Saúde, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, a decorrer no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, com o título: “Stress e crescimento pós traumático: Estudo longitudinal do ajustamento em mulheres sobreviventes ao cancro da mama”. Este projecto visa conhecer a experiência das mulheres que ultrapassaram o adoecer da mama. A compreensão dos mecanismos psicológicos associados é indispensável no sentido de divisar estratégias de intervenção mais eficazes e assim contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas mulheres.

Neste contexto, solicito a sua colaboração, que será vital para a recolha de informação sobre esta problemática. Peço-lhe que responda da forma espontânea e sincera às questões que lhe forem colocadas, tendo em mente que não existem respostas certas ou erradas e que apenas a sua verdade pessoal é relevante.

Asseguro-lhe que toda a informação que for recolhida é estritamente confidencial e será utilizada apenas no contexto do presente estudo. Devo ainda salientar que a sua cooperação deve ser voluntária e que pode desistir a qualquer momento.

Agradeço antecipadamente a sua participação.

Inês Alvarez

Idade: _____

Raça: Caucasiana Negra Asiática Outra: _____

Estado Civil: Solteira Casada/União de Facto Divorciada Viúva

Número de Filhos: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Situação Laboral: Trabalhadora por conta de outrem **Desempregada**

 Trabalhadora por conta própria Reformada

 Baixa Médica Outro: _____

Ano do 1º diagnóstico de cancro da mama: _____

Já teve alta médica? Sim Não

Se respondeu sim, qual a data da alta médica? _____

Por favor, assinale:

Tratamentos efectuados	Sim	Não	Ano
Radioterapia			
Quimioterapia			
Cirurgia Parcial			
Cirurgia Radical			
Cirurgia Reconstructiva			
Terapia Hormonal			
Outros Quais? _____			

Refira sucintamente os acontecimentos de vida que considera terem tido um impacto mais significativo na sua existência, seja ele positivo ou negativo:

A sua percepção sobre as doenças oncológicas sofreu alguma alteração depois de ter sido diagnosticada com cancro da mama?

Como avalia a sua vida antes do adoecer da mama?

Como descreve a sua vida após o cancro da mama?

Como se via enquanto pessoa antes do seu diagnóstico oncológico?

Que tipo de pessoa se considera hoje em dia?

Concebe que esta experiência teve alguns aspectos positivos para si e para a sua vida? Se respondeu afirmativamente por favor enumere-os.

Leia atentamente as afirmações que se seguem e, de forma espontânea, indique o quanto cada uma delas se aplicou a si **durante a última semana.**

Afirmações	Nada	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1. Tive dificuldades em me acalmar.				
2. Senti a minha boca seca.				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.				
4. Senti dificuldades em respirar.				
5. Tive dificuldade em tomar a iniciativa para fazer coisas.				
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.				
7. Senti tremores (por ex. nas mãos).				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.				
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.				
11. Dei por mim a ficar agitada.				
12. Senti dificuldade em me relaxar.				
13. Senti-me desanimada e melancólica.				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.				

15. Senti-me quase a entrar em pânico.				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.				
18. Senti que, por vezes, estava sensível.				
19. Senti alterações no meu coração, sem fazer exercício físico.				
20. Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso.				
21. Senti que a vida não tinha sentido.				

Todas as pessoas são, por vezes, confrontadas com acontecimentos de vida negativos e cada pessoa responde de forma diferente perante as adversidades. Tendo em conta a sua experiência com o cancro da mama, por favor, leia as seguintes afirmações e indique a sua frequência na coluna à direita.

	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1. Sinto que sou culpada pelo que me aconteceu.					
2. Penso que tenho de aceitar que isto me aconteceu.					
3. Frequentemente, penso no que sinto sobre as minhas experiências.					
4. Penso em coisas mais agradáveis que essa minha experiência.					
5. Penso no que posso fazer de melhor.					
6. Penso que posso aprender algo com esta situação.					
7. Penso que tudo podia ter corrido muito pior.					
8. Penso, muitas vezes, que aquilo por que passei é muito pior do que o que acontece às outras pessoas.					
9. Sinto que os outros são culpados por aquilo que me aconteceu.					
10. Sinto que sou eu a responsável por aquilo que me aconteceu.					
11. Sinto que tenho de aceitar a situação.					

12. Estou preocupada com o que sinto e penso sobre esta minha experiência.					
13. Penso em coisas agradáveis que nada têm a ver com isto.					
14. Penso na melhor forma de lidar com esta situação.					
15. Penso que posso tornar-me numa pessoa mais forte em consequência daquilo que passei.					
16. Penso que outras pessoas passam por coisas muito piores.					
17. Continuo a pensar como foi terrível aquilo que me aconteceu.					
18. Sinto que os outros são responsáveis por aquilo que me aconteceu.					
19. Penso nos erros que cometi neste assunto.					
20. Penso que não posso mudar nada relacionado com a minha doença.					
21. Quero compreender porque me sinto desta forma quanto à minha experiência.					
22. Penso em algo positivo em vez do que se passou.					
23. Penso no que posso fazer para mudar a situação.					
24. Penso que esta experiência também teve os seus aspectos positivos.					
25. Penso que não foi assim tão mau, em comparação com outras coisas.					
26. Frequentemente, penso que esta minha experiência é o pior que pode acontecer a uma pessoa.					
27. Penso nos erros que outros cometeram nesta matéria.					
28. Basicamente, penso que a causa do sucedido está dentro de mim.					
29. Penso que tenho de aprender a viver com isto.					
30. Confronto-me com os sentimentos que esta situação desencadeou.					
31. Penso em experiências apazíveis.					
32. Planeio o que posso fazer de melhor.					

33. Procuro encontrar o lado positivo da questão.					
34. Digo a mim própria que há coisas piores na vida.					
35. Penso continuamente em como esta situação foi terrível.					
36. Basicamente sinto que os outros são a causa disto.					

Obrigado pela sua participação!

Anexo 2:

Statistics

		Idade_abs	Nº_filhos
N	Valid	50	50
	Missing	1	1
Mean		54,96	1,72
Median		53,00	2,00
Std. Deviation		11,692	,834
Variance		136,692	,696
Skewness		,345	,137
Std. Error of Skewness		,337	,337
Kurtosis		-,654	,328
Std. Error of Kurtosis		,662	,662
Minimum		35	0
Maximum		80	4

Est_civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteira	3	6,0	6,0	6,0
	Casada	34	68,0	68,0	74,0
	Divorciada	7	14,0	14,0	88,0
	Viúva	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até ao 6ºano	21	42,0	42,0	42,0
	6º-9ºano	6	12,0	12,0	54,0
	9º-12ºano	9	18,0	18,0	72,0
	frequência universitária - licenciatura	13	26,0	26,0	98,0
	Estudos pós graduados	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

ano Diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,0	2,0	2,0
	< 1 ano	3	6,0	6,0	8,0
	1-2 anos	10	20,0	20,0	28,0
	3-4 anos	11	22,0	22,0	50,0
	> 5 anos	25	50,0	50,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Alta Médica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	26	52,0	52,0	52,0
	Não	24	48,0	48,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Radioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	24	48,0	48,0	48,0
	Sim	26	52,0	52,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Quimioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	17	34,0	34,0	34,0
	Sim	33	66,0	66,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Cirur_radical

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	44,0	44,0	44,0
	Sim	28	56,0	56,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Cirur_parcial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	31	62,0	62,0	62,0
	Sim	19	38,0	38,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Cirur_reconstrutiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	34	68,0	69,4	69,4
	Sim	15	30,0	30,6	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Missing	System	1	2,0		
	Total	50	100,0		

Terapia_hormonal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	38	76,0	77,6	77,6
	Sim	11	22,0	22,4	100,0
	Total	49	98,0	100,0	
Missing	System	1	2,0		
	Total	50	100,0		

Statistics

	PTGI_total	Appreciation of Life	Spiritual Change	Personal Strength	New Possibilities	Relation to others
N Valid	50	50	50	50	50	50
Missing	1	1	1	1	1	1
Mean	70,92	11,50	6,58	13,70	14,66	24,48
Median	71,50	12,00	7,00	14,50	15,00	25,00
Std. Deviation	17,550	2,772	2,475	3,765	4,976	6,280
Variance	307,993	7,684	6,126	14,173	24,760	39,438
Minimum	32	3	2	4	5	9
Maximum	98	15	10	18	24	35

			PTGI_total
Kendall's tau_b	PTGI_total	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	50
Radioterapia		Correlation Coefficient	-,055
		Sig. (2-tailed)	,641
		N	50
Quimioterapia		Correlation Coefficient	,356**
		Sig. (2-tailed)	,003
		N	50
Cirur_parcial		Correlation Coefficient	-,178
		Sig. (2-tailed)	,134
		N	50
Cirur_radical		Correlation Coefficient	,155
		Sig. (2-tailed)	,190
		N	50
Cirur_reconstrutiva		Correlation Coefficient	,003
		Sig. (2-tailed)	,983
		N	49
Terapia_hormonal		Correlation Coefficient	,057
		Sig. (2-tailed)	,632
		N	49

		PTGI_total
Relation to others	Pearson Correlation	,923**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
New Possibilities	Pearson Correlation	,907**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Personal Strength	Pearson Correlation	,868**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Spiritual Change	Pearson Correlation	,675**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Appreciation of Life	Pearson Correlation	,831**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
PTGI_total	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	50

		PTGI_total
PTGI_total	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	50
Self-Blame	Pearson Correlation	,194
	Sig. (2-tailed)	,178
	N	50
Acceptance	Pearson Correlation	,108
	Sig. (2-tailed)	,456
	N	50
Rumination	Pearson Correlation	,200
	Sig. (2-tailed)	,165
	N	50
Positive Refocus	Pearson Correlation	,365**
	Sig. (2-tailed)	,009
	N	50
Planning	Pearson Correlation	,584**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Positive Reappraisal	Pearson Correlation	,744**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	50
Putting into Perspective	Pearson Correlation	,407**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	50
Catastrophizing	Pearson Correlation	,281*
	Sig. (2-tailed)	,048
	N	50
Blaming Others	Pearson Correlation	,226
	Sig. (2-tailed)	,114
	N	50