



Revista Iberoamericana de Diagnóstico y  
Evaluación - e Avaliação Psicológica

ISSN: 1135-3848

associacaoaidap@gmail.com

Associação Iberoamericana de  
Diagnóstico e Avaliação Psicológica  
Portugal

MARTINS DA SILVA, SÓNIA ISABEL; DA CRUZ MOREIRA, HELENA TERESA; DE  
AGUIAR PINTO, SÍLVIA MARGARIDA; CRUZ SOUSA PORTOCARRERO  
CANAVARRO, MARIA CRISTINA

Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características  
psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth  
Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, vol. 2,  
núm. 28, 2009, pp. 105-133

Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645444007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional:  
Estudo das características psicométricas do Inventário de  
Desenvolvimento Pós-Traumático (*Posttraumatic Growth  
Inventory*) numa amostra de mulheres da população  
Portuguesa**

Breast cancer and personal and relational growth:  
Psychometric characteristics of the Portuguese version  
of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of  
Portuguese women

SÓNIA ISABEL MARTINS DA SILVA<sup>1</sup>, HELENA TERESA DA CRUZ MOREIRA<sup>2</sup>,  
SÍLVIA MARGARIDA DE AGUIAR PINTO<sup>3</sup>, MARIA CRISTINA CRUZ SOUSA  
PORTOCARRERO CANAVARRO<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Aluna de Doutoramento em Psicologia (FCT - SFRH/BD/27704/2006), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Membro da Linha de Investigação “Relações, Desenvolvimento & Saúde” do Instituto de Psicologia Cognitiva e Desenvolvimento Vocacional e Social, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Psicóloga do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro, PORTUGAL. Universidade de Coimbra. Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra, Portugal. Telemóvel: 938634769. E-mail: soniaimsilva@gmail.com.

<sup>2</sup> Aluna de Doutoramento em Psicologia (FCT - SFRH/BD/29132/2006), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Membro da Linha de Investigação “Relações, Desenvolvimento & Saúde” do Instituto de Psicologia Cognitiva e Desenvolvimento Vocacional e Social, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, PORTUGAL.

<sup>3</sup> Mestre em Psicologia. Psicóloga da Associação para o Desenvolvimento e Formação Profissional de Miranda do Corvo, PORTUGAL.

<sup>4</sup> Professora Agregada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coordenadora da Linha de Investigação “Relações, Desenvolvimento & Saúde” do Instituto de Psicologia Cognitiva e Desenvolvimento Vocacional e Social, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coordenadora da Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da Maternidade Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, PORTUGAL.

## RESUMO

Actualmente, um vasto corpo empírico sugere que a exposição a situações adversas, potencialmente indutoras de uma reacção de *stress* inadaptativa, pode constituir-se como um desafio desenvolvimental, precursor da percepção de mudanças psicológicas positivas na esfera pessoal, relacional e espiritual, conhecidas por “desenvolvimento pós-traumático”. Neste trabalho, é descrito o estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (IDPT), numa amostra de mulheres da população portuguesa com história pessoal de cancro da mama. Este instrumento avalia a percepção subjectiva de mudanças psicológicas positivas, resultantes dos esforços empreendidos para lidar com os acontecimentos de vida adversos. Os estudos apresentados, nomeadamente a análise da estrutura factorial, o exame dos índices de consistência interna e os dados adicionais relativos aos estudos da validade de constructo, foram realizados numa amostra constituída por 202 mulheres diagnosticadas com cancro da mama, tendo sido utilizado como grupo de referência, um total de 136 mulheres da população geral. Os resultados são indicadores de uma estrutura factorial constituída por quatro dimensões, que foram designadas de Percepção de Recursos e Competências Pessoais, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, Fortalecimento das Relações Interpessoais e Desenvolvimento Espiritual. Foram obtidos bons índices de fidelidade e de validade para o IDPT, recomendando a sua utilização tanto em contexto clínico, como de investigação.

**Palavras-chave:** desenvolvimento pós-traumático, adversidade, cancro da mama, Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático, IDPT

## ABSTRACT

There is a growing body of research suggesting that the exposure to adverse situations, which can induce maladaptative stress reactions, may also be a challenge to human development, encouraging the perception of positive psychological changes in the personal, relational and spiritual domains. These changes have been described as “posttraumatic growth”. In this article the study of the psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) in a sample of Portuguese women with a personal history of breast cancer is described. This inventory assesses the individual’s perception of positive life changes which occur as a result of struggling with highly challenging events. Psychometric analyses were performed on a sample

composed of 202 women diagnosed with breast cancer. A total of 136 women from the general population was used as a reference group. The analyses included the item structure factor, the examination of the internal consistency and additional studies of the construct validity. The results are indicative of a four factor structure, assessing Perception of Personal Resources and Abilities, New Possibilities and Life Appreciation, Strengthening of Social Relationships and Spiritual Development. PTGI is shown to be a reliable and valid measure, its use being recommended in clinical and research settings.

**Key-words:** posttraumatic growth, adversity, breast cancer, Posttraumatic Growth Inventory, PTGI

## INTRODUÇÃO

A experiência de mudanças psicológicas positivas, resultantes dos esforços empreendidos para lidar com os acontecimentos de vida adversos, só muito recentemente, a partir dos anos 80, e mais expressivamente nos anos 90, tem merecido a atenção dos investigadores e clínicos interessados na temática do trauma. Muito embora recente, se tivermos em linha de conta a existência de estudos e concepções teóricas que a suporte, a possibilidade de desenvolvimento posterior a uma situação adversa, tem sido um tema proeminente e bem documentado ao longo da história humana, retratado no Cristianismo, na literatura filosófica e também ao nível da Psicologia Clínica. Todavia, a Psicologia tem-se debruçado, particularmente, sobre os resultados negativos que o confronto com uma circunstância indutora de *stress* significativo pode acarretar para o indiví-

duo, dando pouca ênfase à possibilidade de descoberta de componentes positivas e à oportunidade de desenvolvimento pessoal e relacional.

Na verdade, determinados acontecimentos têm potencial para abalar a visão que o indivíduo tem do mundo e da sua própria vida, sendo por isso designados de *traumáticos*. Segundo o Manual de Diagnóstico e Classificação das Perturbações Emocionais (DSM-IV), estes acontecimentos correspondem a situações de ameaça de morte real, ferimento grave, ou ameaça à integridade física, do próprio ou de outros, e cuja resposta envolve medo intenso, sentimento de falta de protecção ou horror. Pela sua natureza repentina, inesperada e indesejável e, paralelamente, pela sua não familiaridade, carácter incontrolável e frequentemente irreversível, os acontecimentos traumáticos constituem-se como experiências de choque emocional, para as quais o indivíduo não obteve preparação psicológica prévia e, no seu imediato, não

percepciona os recursos necessários para lhes fazer face. Assim se compreende que o confronto com estes acontecimentos possa gerar *stress* intenso e o eclodir de respostas emocionais negativas, como seja, ansiedade e/ou humor depressivo e, inclusivamente, precipitar sintomatologia física significativa, assumindo-se que representem desafios sísmicos para os recursos adaptativos do indivíduo.

A literatura tem mostrado, contudo, que a exposição a um acontecimento traumático não precipita necessariamente uma constelação significativa de sintomas, ao ponto de se constituir como uma perturbação psiquiátrica tal como surge no DSM-IV, nomeadamente a Perturbação Pós-Stress Traumático. Pelo contrário, é frequente estimular a ocorrência de profundas e significativas transformações no sistema de crenças do indivíduo, sobretudo na forma como ele se vê a si e ao mundo. Assim, após a vivência de um acontecimento traumático, embora o indivíduo possa passar a avaliar o mundo como perigoso e imprevisível, perante o qual se sente impotente e vulnerável, pode, paralelamente, construir uma nova e mais valorizada percepção de si próprio, dos seus recursos e da vida em geral.

No contexto das reacções psicológicas aos acontecimentos adversos e potencialmente traumáticos, esta possibilidade de crescimento tem vindo a ser designada na literatura científica por “Desenvolvimento Pós-Traumático” (DPT, tradução de

*Posttraumatic Growth*) que, segundo Tedeschi e Calhoun, designa “a experiência de mudanças psicológicas positivas que resultam dos esforços empreendidos para lidar com as circunstâncias de vida altamente ameaçadoras” (p.1). De acordo com Tedeschi e Calhoun (2004), o DPT, em particular a expressão “desenvolvimento” (tradução de *growth*), descreve a experiência do indivíduo cujo nível de adaptação após um evento traumático, pelo menos em algumas áreas do seu funcionamento, é superior ao anterior. Assim, refere-se a mudanças percebidas pelos indivíduos, que são mais do que a mera capacidade para resistir ou recuperar face a uma ocorrência traumática, envolvendo uma transformação psicológica que ultrapassa os níveis de adaptação anteriores. Desta forma, ao corresponder a mudanças sobretudo de natureza qualitativa, compreende-se que a experiência de DPT não seja, simplesmente, o regresso ao ponto inicial, mas uma experiência de melhoria do funcionamento psicológico, que muitas vezes se traduz em alterações profundas de vida e com expressão comportamental bastante intensa.

Por outro lado, a opção pela designação “pós-traumático” (tradução de *posttraumatic*) prende-se com o carácter disruptivo e necessariamente ameaçador destas circunstâncias, cuja percepção negativa abala as estruturas de significado do indivíduo e assim os

seus objectivos, crenças, expectativas e formas de gestão emocional. Pretende-se, com esta designação, ressaltar que esta experiência não ocorre na sequência de um acontecimento de *stress minor* ou como resultado do processo normal de desenvolvimento humano. Também a expressão “trauma” é, segundo os autores, mais inclusiva do que os critérios do DSM-IV, podendo abranger uma grande diversidade de situações, como por exemplo, situações de doença, perda, acidentes, entre outras.

Acrescentam ainda, Tedeschi e Calhoun (2004), que a experiência de DPT é simultaneamente um processo e um resultado. Isto porque ocorre concomitantemente às tentativas ou esforços de adaptação às situações de vida indutoras de elevados níveis de *stress* e não como consequência dos acontecimentos por si só. O DPT é um fenómeno que, mais do que a exclusiva integração dos novos dados nos esquemas preexistentes (assimilação), requer um processo de transformação das estruturas cognitivas anteriores, de forma a incorporar a nova informação relacionada com a situação traumática (acomodação). Este processo desenrola-se à medida que o indivíduo se envolve em estratégias para lidar com as emoções negativas associadas ao acontecimento e começa a processar cognitivamente a situação traumática.

Por outro lado, é conceptualizado como um resultado, na medida em

que se traduz por mudanças psicológicas positivas ao nível da percepção de si próprio, das suas relações interpessoais e filosofia de vida. Assim, do confronto com a adversidade, é frequente os indivíduos extraírem um sentimento de maior força pessoal e, embora de forma aparentemente paradoxal, referirem, simultaneamente, um sentimento de maior vulnerabilidade pessoal em consequência da consciencialização da sua própria mortalidade e fragilidade perante a vida. Ainda no âmbito das mudanças ao nível da percepção de si próprio, salientam também os autores, uma maior abertura a novas possibilidades e um maior investimento em novos interesses e actividades. Na esfera dos relacionamentos interpessoais, é frequente o fortalecimento das relações afectivas, que se tornam mais íntimas e próximas, caracterizadas por maior abertura e expressividade emocional. Também frequentes são as manifestações de empatia e compaixão e os gestos altruístas e de dedicação aos outros, sobretudo àqueles que atravessam situações semelhantes. Por último, relativamente à percepção de uma nova filosofia de vida, as mudanças sentidas expressam-se numa maior apreciação da vida em geral, numa nova hierarquização de prioridades e redefinição daquilo que é verdadeiramente importante, num fortalecimento e/ou desenvolvimento em termos espirituais e existenciais e numa maior sabedoria acerca do significado

e sentido da vida, para além da aquisição de novos conhecimentos e competências. Estas transformações irão reflectir-se em mudanças significativas nas respostas às interrogações ‘Quem sou eu?’ e ‘Qual é a história da minha vida?’.

Apesar de conceptualmente, e também de uma forma empírica, a experiência de desenvolvimento pessoal e relacional se relacionar com aspectos de bem-estar ou de adaptação psicossocial, alguns estudos, sobretudo de natureza transversal, não têm encontrado qualquer associação entre o DPT e a adaptação psicológica. Muito embora a controvérsia quanto ao seu potencial adaptativo, a possibilidade de desenvolvimento face a uma situação adversa começa a ser amplamente reconhecida, sendo fundamental tê-la em consideração para uma melhor compreensão da diversidade de trajetórias individuais.

No que se refere especificamente à avaliação da percepção de DPT, têm sido desenvolvidos diversos instrumentos. Desses, o mais utilizado em contextos de investigação e que melhores propriedades psicométricas tem revelado nos vários estudos de adaptação e validação internacional, tem sido o *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), desenvolvido por Tedeschi e

Calhoun. Este inventário de auto-resposta avalia a percepção subjectiva de mudanças psicológicas positivas em indivíduos que experienciaram acontecimentos vividos como traumáticos. É constituído por 21 itens de resposta numa escala tipo Likert de seis pontos, que varia desde “Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento negativo” a “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento negativo”. Originalmente, organiza-se em cinco factores que correspondem às seguintes dimensões do DPT: “Força Pessoal”; “Novas Possibilidades”; “Relação com os Outros”; “Apreciação da Vida” e “Mudança Espiritual”. A pontuação final ao Inventário oscila entre 0 e 105, sendo que resultados mais elevados traduzem níveis superiores de DPT.

No âmbito do estudo de validação do Inventário, os autores construíram 34 itens, a partir de uma extensa revisão da literatura, que foram posteriormente testados numa amostra de 604 estudantes universitários, que viveram um acontecimento significativamente negativo nos cinco anos antecedentes. Neste estudo, onde foram seleccionados os 21 itens finais, bem como delineada a sua estrutura factorial, o Inventário apresentou muito boa consistência interna<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Foram encontrados valores de *alpha de Cronbach* aceitáveis a bons para os cinco domínios do *Posttraumatic Growth Inventory*, nomeadamente  $\alpha = .67$  (Apreciação da Vida),  $\alpha = .72$  (Força Pessoal),  $\alpha = .84$  (Novas Possibilidades) e  $\alpha = .85$  (Relação com os Outros e Mudança Espiritual).

(*Alpha* de *Cronbach* = .90) e estabilidade temporal aceitável ( $r = .71$ ). Também ao nível da validade de constructo (que foi testada recorrendo à comparação dos níveis de DPT, entre um grupo de sujeitos que no ano anterior tinha experienciado uma situação significativamente adversa e um grupo que não revelou a ocorrência de acontecimentos de *stress major*) e da validade concorrente (obtida através da medida da associação entre as dimensões do Inventário e a avaliação subjectiva do impacto do acontecimento como positivo ou negativo) foram obtidos bons índices de validade.

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma proliferação de estudos de validação do *Posttraumatic Growth Inventory* em diversas populações. Destes estudos têm resultado diferentes soluções factoriais, que de alguma forma são demonstrativas das especificidades culturais do instrumento. Assim, por exemplo, na versão Bósnia, realizada com indivíduos refugiados e desalojados de Sarajevo ( $N = 201$ ), foi encontrada uma estrutura factorial constituída por três factores; o mesmo acontece na versão espanhola (realizada com 100 emigrantes latinos), embora estes factores não coincidam com os encontrados na versão Bósnia. Já nas versões Chinesa, com 188 sobreviventes de cancro, e Japonesa, com 312 estudantes universitários, foram encontradas estruturas factoriais constituídas por quatro factores, embora diferentes en-

tre si. Já num estudo de validação com amostras de doentes coronários de nacionalidade Americana e Inglesa ( $N = 124$ ), Sheikh e Marotta encontraram apenas dois factores de DPT. Apenas as versões Holandesa, realizada com 294 sobreviventes de cancro, e Australiana, com 219 estudantes universitários, mantiveram uma estrutura semelhante à original, constituída por cinco factores. Através de análise factorial confirmatória, num estudo recente de comparação entre as estruturas factoriais do Inventário encontradas em cinco modelos diferentes, e com recurso a uma amostra de 926 sujeitos que experienciaram uma grande variedade de situações traumáticas, Taku, Cann, Calhoun e Tedeschi, verificaram que o melhor modelo explicativo reflecte, efectivamente, cinco dimensões de DPT.

O presente trabalho pretende apresentar os estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa do *Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático* (IDPT), numa amostra de mulheres portuguesas com história pessoal de cancro da mama. Num primeiro ponto serão expostos os resultados relativos à análise da estrutura factorial do IDPT, sendo que posteriormente serão apresentados os dados dos estudos de fidelidade e dados adicionais relativos aos estudos da validade de constructo. No âmbito destes estudos, e de acordo com os procedimentos referidos pelos autores, será testado se o constructo medido pelo IDPT se reporta, de facto, a

mudanças psicológicas positivas experimentadas como consequência de um acontecimento significativamente negativo ou, contrariamente, a uma percepção de melhoria progressiva, subjacente ao processo natural de desenvolvimento humano. Ainda de forma a imprimir um maior rigor à análise da validade do IDPT, serão examinadas as relações existentes entre o conceito de DPT e um conjunto de características relacionadas com a percepção de bem-estar subjectivo que, teórica e conceptualmente, deverão associar-se às dimensões avaliadas pelo IDPT. Desta forma, é esperado que as mulheres que experienciem mudanças positivas na percepção de si mesma e dos seus recursos e competências, revelem também uma melhor auto-estima e um impacto positivo do cancro da mama na sua percepção de força pessoal. Da mesma forma, a experiência de uma maior valorização e reapreciação da vida, com novas possibilidades, interesses e desafios, deverá associar-se a um maior gosto pela vida, menor frequência de sentimentos negativos, maior grau de participação em actividades de recreio e/ou lazer e a uma avaliação positiva do impacto do diagnóstico de cancro da mama, ao nível da sua apreciação da vida e do surgimento de novas oportunidades. Já a percepção de relações interpessoais fortalecidas, deverá associar-se a uma maior satisfação com as relações sociais, a uma melhor percepção de

apoio social e a uma avaliação positiva do impacto do cancro da mama ao nível da relação com os outros. Por último, o fortalecimento a nível espiritual, deverá corresponder a uma melhor qualidade de vida em termos espirituais/existenciais, bem como a uma percepção de impacto positivo ao nível da esfera espiritual e das crenças pessoais. Já quando a experiência de cancro da mama se repercute num impacto negativo nas diversas áreas da vida da mulher, são previsíveis níveis inferiores de DPT.

## MÉTODO

### Amostra

A amostra foi constituída por 202 mulheres diagnosticadas com cancro da mama que foram seleccionadas de acordo com os seguintes critérios: a) diagnóstico estabelecido de cancro da mama b) idade igual ou superior a 18 anos; e c) capacidade de compreensão que permitisse o preenchimento autónomo do protocolo. No que respeita ao recrutamento da amostra, este decorreu durante o período em que as participantes se encontravam internadas na Unidade C do Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) para realização de cirurgia de reconstrução da mama e, também, durante a realização de tratamento de quimioterapia ou radioterapia, no Hospital de Dia do Serviço de Ginecologia e no Serviço de Radioterapia dos HUC. Para além disso,

foram também recrutadas utentes e voluntárias da sede do Movimento Vencer e Viver do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro (MVV da LPCC), uma associação de voluntariado constituída por mulheres que tiveram cancro da mama e que presta apoio a outras mulheres e famílias a viver a doença.

Exclusivamente para efeito comparativo na medida de DPT, relativa-

mente à amostra de mulheres com cancro da mama, foi recrutado um grupo de referência, constituído por 136 mulheres da população geral, que responderam ao IDPT de acordo com a vivência pessoal de um acontecimento significativamente negativo no último ano e meio.

No Quadro 1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra.

**Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

	Cancro da mama N = 202		População geral N = 136		t/ $\chi^2$
	n	%	n	%	
<b>Idade</b>					
20-39 anos	12	6.2	42	31.3	37.375***
40-59 anos	136	69.7	64	47.8	
≥ 60 anos	47	24.1	28	20.9	
	M = 53.1 (DP = 9.1)		M = 48.0 (DP = 16.7)		3.237***
<b>Estado civil</b>					
Solteira	13	6.5	19	14.0	10.500*
Casada / União de facto	155	76.7	97	71.3	
Separada / Divorciada	13	6.4	2	1.5	
Viúva	20	9.9	18	13.2	
<b>Habilitações literárias</b>					
1º Ciclo do Ensino Básico	69	34.7	39	29.5	1.401
2º e 3º Ciclos do Ensino Básico	42	21.1	34	25.8	
Ensino Secundário	35	17.6	23	17.4	
Ensino Universitário e Pós-graduado	53	26.6	36	27.3	
<b>Situação Profissional</b>					
Empregada	81	41.5	84	62.2	24.132***
Desempregada/Doméstica/Baixa médica	43	22.1	34	25.2	
Reformada	71	36.4	17	12.6	

Nota. Em ambos os grupos algumas variáveis apresentam informação em falta.

\*p ≤ .05. \*\*p ≤ .01.\*\*\*p ≤ .001.

Como se pode verificar no Quadro 1, a amostra foi constituída sobretudo por mulheres na faixa etária dos 40 aos 59 anos de idade, que se encontravam casadas ou a viver em união de facto, cujas habilitações literárias correspondiam ao ensino básico (1º, 2º ou 3º ciclos) e que profissionalmente se encontravam empregadas. Embora este padrão de resultados se verifique também no grupo de mulheres da população geral, apenas no que respeita às habilitações literárias os grupos mostraram ter uma distribuição homogénea.

No que respeita à caracterização clínica do grupo de mulheres diagnosticadas com cancro da mama, no momento de participação no estudo 104 mulheres (51.5%) encontravam-se a realizar tratamento para o cancro da mama (quimioterapia ou radioterapia) e 98 mulheres (48.5%) encontravam-se numa situação clínica indicadora de remissão total da doença, não estando a realizar qualquer tratamento adjuvante de quimioterapia ou radioterapia, há pelo menos cinco meses. É importante realçar que, destas, 37 mulheres encontravam-se a realizar cirurgia de reconstrução da mama. A grande maioria das mulheres foi diagnosticada com Carcinoma Ductal Invasivo (75.4%), foi submetida a mastectomia (64.3%) e não realizou esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (57.8%). O protocolo de tratamento adjuvante a que foram sujeitas em 38.6% dos casos, incluiu apenas quimioterapia; em 18.1%, apenas ra-

dioterapia; e em 31.3% das situações, quimioterapia em combinação com radioterapia, sendo que apenas uma minoria não realizou qualquer tratamento adjuvante (9.6%). Nesta amostra, constata-se que 20.1% das mulheres tinha já vivido uma recorrência da doença. Quanto ao tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro da mama, a grande maioria das mulheres teve conhecimento da doença no último ano (46.4%), ainda que um número significativo de mulheres tenha sido diagnosticada entre os 12 e 60 meses antecedentes (22.1%) ou há mais de 60 meses (31.5%).

Já no que respeita ao grupo de mulheres da população geral, 33.8% referiram ter experienciado um acontecimento significativamente adverso no último ano e meio, correspondendo, na sua maioria, a situações de perda ou morte de um elemento significativo (50%); problema de saúde/doença (21.7%); desemprego/instabilidade profissional (13.0%); acidente (8.7%); e outros tipos de situações não especificadas (6.5%).

## **Instrumentos**

O protocolo de avaliação foi constituído pelos seguintes instrumentos:

1. *Questionário de informação socio-demográfica e clínica*: Questionário construído pelos investigadores de forma a obter informação relativa às

características sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias e situação profissional actual) e também informação clínica (dados relacionados com a doença e os tratamentos).

**2. Escala de avaliação subjectiva do impacto da situação adversa:** Conjunto de cinco questões desenvolvidas pelos investigadores no âmbito desta investigação. Estas questões avaliam cinco áreas do funcionamento psicológico, que correspondem aos cinco domínios apresentados na versão original do Inventário. Assim, é questionado aos sujeitos “*Que tipo de impacto tem tido o diagnóstico de cancro da mama em diferentes áreas da sua vida, nomeadamente ao nível (1) do seu relacionamento com os outros; (2) da sua espiritualidade ou crenças pessoais; (3) da sua apreciação da vida; (4) do surgimento de novas oportunidades (ex. profissionais, actividades de lazer, novos interesses, etc.) e (5) da sua percepção de força pessoal?*”. Os sujeitos respondem ao tipo de impacto percebido numa escala tipo Likert de cinco pontos, que oscila entre “muito negativo” e “muito positivo”.

**3. Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT, *The Posttraumatic Growth Inventory*) :** (Tedeschi & Calhoun, 1996). Este inventário é constituído por 21 itens, que expressam mudanças psicológicas

positivas ocorridas após um acontecimento adverso. Na versão original, estes itens organizam-se em cinco domínios de DPT: Apreciação da Vida; Novas Possibilidades; Força Pessoal; Relacionamento com os Outros; e Mudança Espiritual.

No presente estudo, e com a devida autorização dos autores, foi utilizada a tradução portuguesa realizada por M. G. Pereira e R. Teixeira no âmbito de uma investigação a decorrer na Universidade do Minho. No entanto, devido ao facto da amostra deste estudo ter sido constituída por um grupo específico de mulheres com cancro da mama, a instrução foi reformulada para a seguinte: “*Determinados acontecimentos críticos de vida, como por exemplo, o diagnóstico e tratamento de uma doença, a perda de um filho, um aborto não desejado, um acidente, entre outros, implicam um conjunto de mudanças significativas. De seguida, são apresentadas várias afirmações que reflectem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida desde que tomou conhecimento da sua doença. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma, deverá assinalar a resposta que melhor traduza o grau em que experienciou essa mesma mudança.* Já no grupo de mulheres da população geral, sendo desconhecido à partida a ocorrência de um acontecimento adverso, foi introduzida

uma questão antecedente de resposta fechada Sim/Não: “No último ano e meio, considera ter ocorrido na sua vida um acontecimento significativamente negativo ao ponto de influenciar marcadamente a sua vida? (Por exemplo: doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, assalto, entre outros)”. Esta questão inicial foi seguida pela seguinte instrução: “De seguida, são apresentadas várias afirmações que reflectem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida na sequência do acontecimento negativo que indicou. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Em cada uma deverá assinalar a resposta que melhor traduza o grau em que experienciou essa mesma mudança. No caso de considerar que neste período de tempo não ocorreu nenhum acontecimento significativamente negativo, deverá, na mesma, para cada afirmação, indicar o grau em que a cada mudança se tem (ou não) reflectido na sua vida no último ano e meio”.

Todas as participantes responderam ao Inventário de acordo com uma escala que oscila entre 0 “Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento (da minha doença)” e 5 “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento (da minha doença)”.

De forma a testar a compreensibilidade e adequação dos itens e das

respectivas instruções em ambos os grupos, cada uma das versões do Inventário foi previamente administrada a um pequeno grupo de mulheres com cancro da mama e de mulheres da população geral.

4. *Versão breve do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde* (WHOQoL-Bref, World Health Organization Quality of Life) (The WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra et al., 2006). Este instrumento é constituído por 26 questões, que permitem uma avaliação genérica, multidimensional e multicultural da percepção subjectiva de qualidade de vida. O WHOQoL-Bref comporta uma faceta geral de avaliação de qualidade de vida e de percepção geral de saúde, e 24 facetas específicas. Estas avaliam aspectos particulares de qualidade de vida e organizam-se em 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

No presente trabalho, e para efeitos de estudo da validade convergente do IDPT, foram apenas tomadas em consideração as seguintes facetas: “sentimentos positivos” (“Até que ponto gosta da vida?”); “sentimentos negativos” (“Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?”); “auto-estima” (“Até que ponto está satisfeito consigo próprio?”); “espiritualidade / religião / crenças pessoais” (“Em

*que medida sente que a sua vida tem sentido?*) - domínio Psicológico - “relações pessoais” (“*Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais?*”); “suporte social” (“*Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?*”) - domínio Relações Sociais - e, por último, a faceta “participação em/e oportunidade de recreio/lazer” (“*Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?*”) - domínio Ambiente.

### **Procedimento**

As participantes foram pessoalmente contactadas pelos investigadores, de forma a se proceder à apresentação e esclarecimento dos objectivos do estudo. Às mulheres que voluntariamente aceitaram participar, foi-lhes entregue um envelope que incluía o protocolo de avaliação e o consentimento informado, no qual eram explicitados os objectivos do estudo e o papel das participantes, bem como garantida a confidencialidade das respostas. Depois de preenchido o protocolo, este era entregue pessoalmente aos investigadores ou, em caso de impossibilidade, via correio.

### **Análises Estatísticas**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao pacote estatístico SPSS, versão 15.0. Para a descrição dos dados de caracterização

da amostra, foram calculadas as estatísticas descritivas, nomeadamente médias e desvios-padrão, para as variáveis contínuas, e cálculo das frequências simples e relativas, para as variáveis categoriais. Para a análise das diferenças entre as características sociodemográficas dos grupos, foram utilizados o teste do *Qui-quadrado* e o teste *t-student*. Com intuito de estudar a estrutura factorial do IDPT numa amostra de mulheres com cancro da mama, foi realizada uma análise factorial exploratória com recurso ao método Componentes Principais, com rotação ortogonal tipo *Varimax*, tendo sido retidos os factores cujo valor próprio (*eigenvalue*) fosse igual ou superior a 1 e os itens com saturação, em pelo menos um factor, igual ou superior a 0.4. Para a análise da consistência interna, foram calculados os coeficientes *alpha de Cronbach* e de bipartição *Split-half*. Além disso, foram também calculados os coeficientes de correlação *item-total*, *item-total corrigido* e *alpha de Cronbach* excluindo o item. No âmbito dos estudos da validade de constructo, recorreu-se ainda aos coeficientes de correlações de Pearson e à análise de variância multivariada (MANOVA), utilizando-se o teste Post-hoc de Bonferroni, de forma a analisar as diferenças de médias nas várias dimensões do IDPT, entre diferentes grupos. Para testar as correlações entre as várias subescalas do IDPT e os níveis de impacto da experiência de cancro da mama (variável

categorial) foram criados duas variáveis *dummy* para cada uma das cinco áreas do funcionamento psicológico (impacto positivo vs impacto negativo).

## RESULTADOS

Em seguida, são apresentados os resultados relativos ao estudo da estrutura factorial do IDPT, da fiabilidade (particularmente da consistência interna dos itens) e por último, da validade de constructo.

### Análise Factorial Exploratória

De forma a conhecer as dimensões subjacentes às 21 questões que constituem o IDPT, foi realizada uma análise factorial exploratória com utilização do método Componentes Principais, seguida de rotação ortogonal tipo *Varimax*, não se determinando previamente o número de factores a reter. Os resultados obtidos através de análises preliminares realizadas, nomeadamente o índice Keiser-Meyer-Olkin (KMO = .911) e o teste de esfericidade de Bartlett ( $Bartlett(210) = 2588.410; p = .000$ ), confirmam a adequação da análise factorial na amostra considerada.

No Quadro 2, são apresentados os resultados obtidos na análise factorial em componentes principais, nomeadamente os valores próprios (*eigenvalues*), a percentagem de variância explicada e as saturações de cada item nos respectivos factores.

Os resultados indicam uma solução constituída por 4 factores, com valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 (critério de Kaiser). Esta estrutura é corroborada pela representação gráfica *scree plot*, que apresenta uma distribuição dos itens em 4 factores diferenciáveis acima do ponto de inflexão. Na sua totalidade, a solução obtida é explicativa de 65.5% da variância total do instrumento, sendo o Factor 1 explicativo de 45.1% da variância e os restantes 3 factores, de 8.3% (Factor 2), 6.7% (Factor 3) e 5.2% (Factor 4). Para além de todos os itens apresentarem uma saturação igual ou superior a .4 em pelo menos um factor, é relevante verificar que a grande maioria satura acima de .6, o que é abonatório da validade da solução factorial encontrada.

Considerando como critério de retenção de itens, saturações superiores a .40, constata-se que a grande maioria dos itens satura apenas num factor, à excepção dos itens 14, 4, 20, 9 e 17, que apresentam pesos superiores a .40 em dois ou mais factores. Assim sendo, o critério de inclusão de um item num determinado factor, para além de ter sido baseado num critério estatístico, mais concretamente no valor mais elevado de saturação, teve também em conta o seu significado conceptual e teórico. Desta forma, optou-se pela manutenção dos itens nos factores cuja carga factorial fosse superior, exceptuando os itens 16, 4, e 17 que,

**Quadro 2. Análise em componentes principais com rotação Varimax -  
Extracção de 4 factores**

	F1	F2	F3	F4	Estudo original - Factor
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.	<b>.852</b>				3
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.	<b>.739</b>				3
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.	<b>.730</b>				2
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.	<b>.605</b>				3
13. Consigo apreciar melhor cada dia.	<b>.566</b>				5
16. Dedico-me mais às minhas relações.	.437		<b>.367</b>		1
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.		<b>.789</b>			5
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.		<b>.764</b>			5
3. Desenvolvi novos interesses.		<b>.722</b>			2
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.		<b>.676</b>			2
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.		<b>.567</b>	.409		2
4. Sinto que posso contar mais comigo próprio.	<b>.506</b>	.507			3
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade			<b>.775</b>		1
21. Aceito melhor necessitar dos outros.			<b>.683</b>		1
8. Sinto-me mais próximo das outras pessoas			<b>.665</b>		1
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.	.490		<b>.563</b>		1
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.	.454	.459	<b>.464</b>		1
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.		<b>.423</b>	.460		2
18. Tenho uma maior fé religiosa.				<b>.852</b>	4
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.				.773	4
15. Tenho mais compaixão para com os outros.				<b>.651</b>	1
Valor próprio ( <i>eigenvalue</i> )	9.481	1.753	1.412	1.102	
%Variância explicada	45.1	8.3	6.7	5.2	
% Total de variância explicada	65.5				

Nota. A disposição dos itens respeita a carga factorial e não a ordem com que cada item surge no IDPT.

F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

1 - Relacionamento com os Outros; 2 - Novas Possibilidades; 3 - Força Pessoal; 4 - Mudança Espiritual; 5 - Apreciação da Vida.

embora com saturações superiores nos factores 1, 2 e 3, respectivamente, foi considerado que representariam melhor as dimensões avaliadas no factor 3, no caso do item 16; no factor 1, no caso do item 4; e no factor 2, no caso do item 17. Embora a saturação do item 16 no factor 3 seja menor do que .40 (.367), a alteração deste item mostrou contribuir para um aumento da consistência interna neste novo factor (facto que também se verificou relativamente aos restantes dois itens). Este facto permitiu-nos, portanto, optar com maior segurança pela não manutenção no factor com maior peso factorial.

Assim sendo, o primeiro factor do IDPT é constituído pelos itens 4, 10, 11, 12, 13 e 19 e foi denominado *Percepção de Recursos e Competências Pessoais* (F1). Como se pode verificar, engloba os itens que segundo a versão original se distribuem pelos factores Força Pessoal (item 4, 10, 12 e 19), Novas Possibilidades (item 11) e Apreciação da Vida (item 13). O segundo factor, constituído pelos itens 1, 2, 3, 7, 14 e 17, foi apelidado *Novas Possibilidades e Valorização da Vida* (F2) e engloba itens que na versão de Tedeschi e Calhoun, constituem os factores Apreciação da Vida (itens 1 e 2) e Novas Possibilidades (itens 3, 7, 14 e 17). Já o factor 3, compreende os itens 6, 8, 9, 16, 20 e 21 e foi designado *Fortalecimento das Relações Interpessoais* (F3). Contrariamente aos anteriores factores, esta dimensão mostrou-se bastante consistente com a subes-

cala Relacionamento com os Outros da versão original, englobando os mesmos itens, à excepção do item 15. Por último, o factor *Desenvolvimento Espiritual* (F4), que inclui os itens 5, 15 e 18. Este factor mantém-se também muito próximo da subescala Mudança Espiritual da versão original, contando no entanto, com a inclusão do item 15 “*Tenho mais compaixão para com os outros*”.

#### *Estudo da Fidelidade*

Para avaliar a fidelidade do IDPT, foi analisada a sua consistência interna através da determinação do *alpha* de *Cronbach* e dos coeficientes de bipartição *Split-half*, para o total do Inventário e para cada uma das suas subescalas (Quadro 3).

Como se observa, o coeficiente *alpha* de *Cronbach* encontrado para o resultado Total na amostra em estudo é de .937, o que é um indicador de um grau muito bom de consistência interna. Também no que respeita a cada uma das subescalas, os índices de fidelidade obtidos situam-se entre .8 e .9, o que revela a boa consistência do IDPT. Os valores do coeficiente *split-half* atestam no mesmo sentido.

No que respeita ao grupo da população geral, foi encontrado um coeficiente *alpha* de *Cronbach* = .963 para o resultado Total de DPT e  $\alpha = .924$  para a subescala Percepção de Recursos e Competências Pessoais;  $\alpha = .885$  para a subescala Novas Possibilidades e Valorização da Vida;  $\alpha = .910$ ; para a su-

escala Fortalecimentos das Relações Interpessoais; e por último,  $\alpha = .781$  para a subescala Desenvolvimento Espiritual.

De forma a aprofundar o estudo dos itens do IDPT, foi também calculado o

coeficiente de correlação entre cada item e o total de cada subescala a que pertence, o coeficiente de correlação *item-total* corrigido e ainda o *alpha* de Cronbach excluindo o item (Quadro 4).

**Quadro 3. Consistência interna do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático - Total e subescalas**

Factores do IDPT	Nº itens	Média (Desvio-padrão)	Alpha de Cronbach	Coefficiente de bipartição (Split-half)
F1	6	19.90 (6.58)	.874	.885
F2	6	16.77 (7.26)	.858	.786
F3	6	19.82 (6.44)	.857	.824
F4	3	9.61 (4.15)	.810	.808
Total	21	66.10 (20.82)	.937	.898

Nota. F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

**Quadro 4: Estudo dos itens do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático**

Factores do IDPT	Itens	Média (Desvio-padrão)	Correlação Item-Total	Correlação Item-Total Corrigida	Alpha de Cronbach excluindo o item
Percepção de Recursos e Competências Pessoais	4	2.98 (1.53)	.748***	.614	.864
	10	3.41 (1.37)	.830***	.744	.840
	11	2.86 (1.50)	.838***	.746	.839
	12	3.15 (1.39)	.860***	.785	.833
	13	3.48 (1.43)	.789***	.682	.851
Novas Possibilidades e Valorização da Vida	19	4.02 (1.17)	.623***	.494	.879
	1	2.96 (1.63)	.728***	.591	.845
	2	3.70 (1.46)	.742***	.628	.838
	3	2.56 (1.62)	.807***	.704	.824
	7	2.56 (1.64)	.843***	.754	.814
Fortalecimentos das Relações Interpessoais	14	2.06 (1.61)	.752***	.627	.838
	17	2.94 (1.52)	.716***	.587	.845
	6	3.73 (1.22)	.616***	.477	.860
	8	3.11 (1.40)	.827***	.735	.816
	9	3.00 (1.56)	.790***	.666	.829
Desenvolvimento Espiritual	16	3.06 (1.49)	.760***	.631	.836
	20	3.56 (1.33)	.758***	.646	.833
	21	3.35 (1.42)	.818***	.721	.818
Desenvolvimento Espiritual	5	3.07 (1.64)	.845***	.645	.754
	15	3.32 (1.53)	.803***	.590	.807
	18	3.22 (1.71)	.903***	.752	.637

\*\*\* $p \leq .001$ .

Da leitura do Quadro 4, pode verificar-se que todos os itens mantêm correlações bastante elevadas e estatisticamente significativas com o total de cada subescala a que pertencem, situando-se entre .616 e .903, o que corresponde a uma associação bastante forte. Refira-se que, apesar de não se apresentarem os resultados, esta associação mostrou ser também mais forte para a subescala a que pertencem, do que para qualquer outra subescala. Paralelamente, as correlações *item-total* corrigido situam-se na sua quase totalidade acima de .50, o que indica uma boa homogeneidade dos itens e que estes são capazes de isoladamente, representar de forma adequada o constructo que cada subescala pretende medir. À excepção dos itens 6 e 19, o valor de *alpha* de Cronbach de cada subescala excluindo o item é sempre inferior ao respectivo *alpha* global, indicando que todos os itens contribuem positivamente para a consistência interna de cada uma das dimensões do IDPT.

#### *Estudo da Validade*

Para o estabelecimento da *validade de constructo*, para além da análise factorial, foi calculada a matriz de correlações entre as subescalas, e entre cada uma das subescalas e o resultado Total do IDPT (Quadro 5). Os resultados mostram que todas as subescalas do IDPT apresentam entre si correlações moderadas e estatisticamente signi-

ficativas, situando-se entre .49 e .70. Para além disso, correlações igualmente significativas mas manifestamente mais elevadas, foram encontradas na associação entre cada subescala e o resultado Total de DPT, o que mostra que todos os factores contribuem para a avaliação de um mesmo constructo, nomeadamente a experiência de mudanças psicológicas positivas.

Por outro lado, à semelhança do procedimento utilizado pelos autores da versão original para testar a validade de constructo, e simultaneamente, a capacidade do IDPT para diferenciar grupos de indivíduos com características distintas (*validade discriminante*), foram testadas as diferenças nas respostas ao Inventário, entre as mulheres da amostra em estudo e dois grupos de mulheres da população geral: um grupo que referiu ter vivido um acontecimento potencialmente traumático no último ano e meio, e um grupo de mulheres que referiu não ter experienciado qualquer tipo de acontecimento desta natureza (Quadro 6).

A comparação de médias entre os grupos resultou em diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas, e igualmente no resultado Total de DPT, entre o grupo de mulheres com cancro da mama e o grupo que não experienciou um acontecimento traumático, assim como entre este último e o grupo de mulheres da população geral que viveu uma situação adversa. Estes resultados sugerem que o instrumento mede, efectivamente, o constructo teórico subjacente, que se

**Quadro 5. Correlações entre as subescalas e o resultado Total do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático**

	Novas Possibilidades e Valorização da Vida (F2)	Fortalecimento das Relações Interpessoais (F3)	Desenvolvimento Espiritual (F4)	Total
F1	.664***	.700***	.551***	.874**
F2		.677**	.487***	.865***
F3			.617***	.890***
F4				.734***

Nota. F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.  
\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

**Quadro 6. Comparações de médias entre o grupo de mulheres com cancro da mama e dois grupos de mulheres da população geral “com e sem vivência de um acontecimento traumático” nas subescalas e no resultado Total do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático**

IDPT	Cancro da mama (1) $n = 200$	População geral		$F^a$	<i>Post-hoc Bonferroni</i>
		Com acontecimento Traumático (2) $n = 46$	Sem acontecimento traumático (3) $n = 90$		
F1	19.9 (6.6)	17.0 (8.4)	13.5 (8.2)	24.417***	1>2,3 2>3
F2	16.8 (7.3)	15.4 (7.6)	11.3 (8.0)	16.907***	1>3 2>3
F3	19.8 (6.4)	16.7 (7.7)	12.6 (7.8)	33.727***	1>2,3 2>3
F4	9.6 (4.2)	8.9 (4.2)	6.5 (4.1)	17.590***	1>3 2>3
Total	66.1 (20.8)	58.0 (25.3)	43.8 (25.7)	29.745***	1>3 2>3

Nota. <sup>a</sup>MANOVA (Pillais' Trace = .182,  $F(2, 335) = 8.312, p \leq .001, \eta^2 = .091$ ).

(1) grupo de mulheres com cancro da mama. (2) grupo de mulheres da população geral com vivência de um acontecimento traumático. (3) grupo de mulheres da população geral sem vivência de um acontecimento traumático.

F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

\*\*\* $p \leq .001$ .

prende com a percepção de mudanças psicológicas positivas ocorridas no seguimento de vivências traumáticas, e não a experiência de melhoria pessoal e relacional decorrente do processo natural de desenvolvimento humano.

Paralelamente, diferenças encontradas ao nível dos factores Percepção de Recursos e Competências Pessoais e Fortalecimentos das Relações Interpessoais, favoráveis para o grupo de mulheres com cancro da mama, relativamente ao grupo de mulheres que viveu outro tipo de acontecimento, são também reveladores da capacidade do IDPT para discriminar grupos de sujeitos que, em virtude de terem vivido diferentes ocorrências traumáticas, supõe-se que apresentem resultados distintos num determinado momento.

Ainda no âmbito dos estudos de validade, e de forma a averiguar se o DPT se associa a outras variáveis que a literatura tem evidenciado como estando conceptualmente associadas (*validade convergente*), foram calculados os coeficientes de correlação entre as subescalas do IDPT e algumas facetas da qualidade de vida. No quadro 7 são apresentadas as correlações com as facetas do domínio Psicológico, “sentimentos positivos”, “sentimentos negativos”, “auto-estima” e “espiritualidade / religião / crenças pessoais”; as facetas do domínio Relações Sociais, “relações pessoais” e “suporte social” e a faceta do domínio Ambiente, “participação em/e oportunidade de recreio/lazer”.

Os resultados mostram que a subescala Percepção de Recursos e

Competências Pessoais, mantém associações positivas significativas com a faceta “auto-estima”. Além disso, associa-se significativamente com as restantes facetas consideradas. Da mesma forma, a subescala Novas Possibilidades e Valorização da Vida associa-se positivamente com as facetas “sentimentos positivos” e “participação em/e oportunidade de actividades de recreio e/ou lazer”. Simultaneamente, correlaciona-se positivamente com as facetas “auto-estima”, “espiritualidade / religião / crenças pessoais” e “relações pessoais”. Já a dimensão Fortalecimento das Relações Interpessoais, revelou correlacionar-se a um nível estatisticamente significativo com as facetas “relações pessoais” e “suporte social”. Para além disso, associou-se também às restantes facetas, com excepção da relativa a “sentimentos negativos”. No que respeita à dimensão Desenvolvimento Espiritual, e contrariando a nossa hipótese, esta não se associou a um nível significativo com qualquer faceta da qualidade de vida. Finalmente, o resultado Total de DPT revelou associações positivas com todas as facetas consideradas mas a associação com a faceta “sentimentos negativos” não é mais uma vez significativa. É interessante notar que esta faceta apenas mostrou correlacionar-se significativa e positivamente com o factor Percepção de Recursos e Competências Pessoais.

De forma a testar a validade convergente do IDPT, para além destas associações,

foram ainda testadas as correlações com os níveis de impacto da experiência de cancro da mama nas cinco áreas do funcionamento psicológico, avaliados pela Escala de avaliação subjectiva do impacto da situação adversa (Quadro 8).

**Quadro 7. Correlações entre as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático e as facetas da qualidade de vida**

Qualidade de Vida	Desenvolvimento pós-traumático				
	F1	F2	F3	F4	Total
<b>D. Psicológico</b>					
Sentimentos positivos	.364***	.282***	.312***	.108	.332***
Sentimentos negativos	.184**	.042	.105	-.088	.088
Auto-estima	.328***	.160*	.253***	.042	.247***
Espiritualidade / crenças pessoais	.403***	.262***	.345***	.095	.346***
<b>D. Relações Sociais</b>					
Relações pessoais	.285***	.169*	.290***	.087	.257***
Suporte Social	.140*	.085	.223**	.017	.147*
<b>D. Ambiente</b>					
Participação em / e oportunidade de recreio/lazer	.258***	.162*	.215**	-.044	.196**

Nota. F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.  
\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

**Quadro 8: Correlações entre as dimensões do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático e os índices de impacto do acontecimento adverso em cinco áreas do funcionamento psicológico**

Impacto do acontecimento adverso	Desenvolvimento pós-traumático				
	F1	F2	F3	F4	Total
Relação com os outros – imp.+ <sup>a</sup>	.266***	.193*	.298***	.163*	.280***
Relação com os outros – imp.- <sup>b</sup>	-.137	-.080	-.136	-.064	-.128
Espiritualidade – imp.+ <sup>a</sup>	.300***	.194*	.249***	.501***	.341***
Espiritualidade – imp.- <sup>b</sup>	-.186*	.000	-.114	-.179*	-.130
Apreciação da vida – imp.+ <sup>a</sup>	.386***	.217**	.280***	.145	.314***
Apreciação da vida – imp.- <sup>b</sup>	-.205**	-.039	-.054	-.028	-.100
Novas oportunidades – imp.+ <sup>a</sup>	.245**	.244**	.199*	.236**	.272***
Novas oportunidades – imp.- <sup>b</sup>	-.178*	-.113	-.188*	-.047	-.164*
Força pessoal – imp.+ <sup>a</sup>	.437***	.118	.301***	.179*	.319***
Força pessoal – imp.- <sup>b</sup>	-.187*	.015	-.112	-.041	-.097

Nota. F1 - Percepção de Recursos e Competências Pessoais; F2 - Novas Possibilidades e Valorização da Vida; F3 - Fortalecimentos das Relações Interpessoais; F4 - Desenvolvimento Espiritual.

<sup>a</sup> Para o impacto positivo: 0 - impacto nulo, 1 - impacto positivo; <sup>b</sup> Para o impacto negativo: 0 - impacto nulo, 1 - impacto negativo.

\* $p \leq .05$ . \*\* $p \leq .01$ . \*\*\* $p \leq .001$ .

No Quadro 8, verifica-se que quando a experiência de cancro da mama é avaliada como tendo tido um impacto positivo, ao nível das várias áreas do funcionamento psicológico consideradas, tal associa-se com níveis mais elevados de DPT. Assim, a subescala do IDPT, Percepção de Recursos e Competências Pessoais, apresenta associações positivas com o item percepção de impacto positivo ao nível da Força Pessoal; a subescala Novas possibilidades e Valorização da Vida, com os itens percepção de impacto positivo ao nível da Apreciação da Vida e surgimento de Novas Oportunidades; a subescala Fortalecimento das Relações Interpessoais, com o item percepção de impacto positivo ao nível das Relação com os Outros; e por último, a subescala Desenvolvimento Espiritual associa-se positivamente a uma percepção de impacto positivo do cancro da mama ao nível da Espiritualidade e Crenças Pessoais.

Já quando a experiência de cancro da mama é percebida como tendo tido um impacto negativo, as associações com as várias subescalas do IDPT são negativas na sua quase totalidade e maioritariamente não significativas.

## DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objectivo o estudo das características psicométricas do *Posttraumatic Growth Inventory* numa amostra de mulheres da população portuguesa com história

pessoal de cancro da mama. Embora os resultados obtidos não repliquem a estrutura factorial original, parecem permitir-nos concluir pela existência de boas características psicométricas, legitimando a sua utilização em contexto clínico e de investigação.

Efectivamente, a solução factorial encontrada é constituída por quatro factores que na sua totalidade são responsáveis por 65.5% da variabilidade das respostas ao Inventário, e que englobam os itens das cinco subescalas propostas no estudo original, responsáveis por uma percentagem de variabilidade idêntica à por nós encontrada (62%).

Recorrendo a um critério estatístico, mas tendo igualmente em conta o significado conceptual e teórico de cada item, foi considerado que o primeiro factor do IDPT, constituído por seis itens, reflecte um conjunto de mudanças positivas na percepção de si mesmo e dos seus recursos e competências. Assim, este factor que alude a uma maior auto-percepção de competência na condução da vida, de maior força pessoal e resistência face à adversidade e de maior capacidade de aceitação de resultados negativos, foi denominado Percepção de Recursos e Competências Pessoais.

Já o segundo factor, Novas Possibilidades e Valorização da Vida, é igualmente constituído por seis itens que espelham mudanças que se manifestam numa nova conceptualização da vida, fortemente mais valorizada e apreciada, numa nova hierarquização

de prioridades e numa maior abertura à mudança, bem como a novos interesses e possibilidades de vida.

O terceiro factor, designado Fortalecimento das Relações Interpessoais, é demonstrativo de mudanças que se traduzem numa revalorização e reaproximação em relação aos outros significativos, numa maior consciencialização da necessidade de apoio e de ser apoiado e numa maior disponibilidade para a partilha de afectos e emoções.

Por último, o factor Desenvolvimento Espiritual, constituído por três questões indiciadoras do incremento de uma atitude mais empática, altruísta e solidária para com os outros.

À semelhança dos dados do presente estudo, também noutros estudos internacionais de validação do IDPT, foram encontradas estruturas factoriais diferentes da original. A título ilustrativo, num estudo de validação Chinesa, realizado com 188 sobreviventes de cancro, através de uma análise factorial confirmatória, foi encontrada e corroborada uma estrutura constituída por quatro factores que, segundo os autores, reflectem as dimensões pessoal, interpessoal, existencial e espiritual. Embora a organização dos itens pelos respectivos factores seja relativamente diferente da aqui apresentada, as dimensões subjacentes à validação Chinesa mostram-se semelhantes às dimensões encontradas no presente estudo.

Os resultados relativos ao estudo da fidelidade do IDPT são bastante

bons. Efectivamente, os valores de consistência interna obtidos, tanto para o resultado Total de DPT como para as respectivas quatro dimensões, são suficientemente elevados, indicando, o conjunto dos resultados, a boa robustez do Inventário. Do mesmo modo, as análises levadas a cabo a propósito dos estudos de validade, nomeadamente no que se refere às elevadas associações entre as várias dimensões e o Total do IDPT, bem como à comparação dos níveis de desenvolvimento pessoal e relacional, entre a amostra em estudo e um grupo de mulheres que não referiu ter experienciado no último ano e meio um acontecimento significativamente negativo ao ponto de influenciar marcadamente a sua vida, permitem-nos reiterar que todos os itens incluídos no IDPT convergem na avaliação de um mesmo constructo, que se refere a mudanças psicológicas positivas experimentadas como consequência de um acontecimento significativamente negativo. Desta forma, pode então afirmar-se que esta experiência não corresponde a uma percepção de maturação psicológica subjacente ao processo normativo de desenvolvimento humano, um dos aspectos mais controversos na compreensão do fenómeno de DPT.

Os resultados dos estudos realizados no âmbito da validade discriminante do IDPT, mais concretamente, as diferenças significativas observadas entre as mulheres diagnosticadas com cancro da mama, relativamente

às mulheres da população geral com outros tipos de acontecimentos adversos (nas subescalas Percepção de Recursos e Competências Pessoais e Fortalecimentos das Relações Interpessoais) e de ambos os grupos, relativamente às mulheres que não referiram ter vivido um acontecimento traumático (em todas as dimensões do IDPT), confirmam o potencial do IDPT para reflectir diferenças entre indivíduos, ou populações de indivíduos, que se supõe serem diferentes num determinado momento, em virtude de terem (ou não) vivido diferentes ocorrências traumáticas. Na medida em que só os acontecimentos que desafiam, contradizem ou, até mesmo, anulam o sistemas de crenças dos indivíduos obrigam a um processamento cognitivo precursor da experiência de mudanças positivas, consideramos que estes resultados se constituem como contributos adicionais para o estudo da validade de constructo, ao mostrarem que quanto mais ameaçador é o acontecimento para a vida e suposições básicas dos indivíduos, maior é a experiência de DPT.

Ainda no âmbito dos estudos de validade, o teste das associações entre as várias dimensões do IDPT e outras variáveis conceptualmente associadas à experiência de mudanças psicológicas positivas, permitiu demonstrar a validade convergente do IDPT, evidenciando, simultaneamente, o significado adaptativo da experiência de desenvolvimento pessoal e relacional,

pelo menos em algumas áreas da qualidade de vida. No que respeita à dimensão Desenvolvimento Espiritual, contrariamente ao que seria de esperar, esta não revelou correlacionar-se com nenhuma das facetas em estudo, nomeadamente com a faceta “espiritualidade / religião / crenças pessoais”. Este resultado poderá relacionar-se com eventuais diferenças entre esta dimensão espiritual do IDPT, e a faceta Espiritualidade do WHOQoL-Bref, que avalia uma dimensão mais existencial da experiência humana. Por outro lado, a faceta da qualidade de vida “sentimentos negativos” mostrou associações positivas com a subescala Percepção de Recursos e Competências Pessoais, o que, embora à partida possa parecer paradoxal, corrobora a literatura científica, que tem chamado a atenção para a possibilidade do DPT poder coexistir com alguns sinais de mal-estar psicológico, cuja manutenção se constitui como um pré-requisito para a experiência de DPT.

Também as correlações significativas encontradas entre as várias dimensões do Inventário, com os itens da escala de avaliação subjectiva do impacto do acontecimento adverso (que correspondem aos cinco domínios de DPT propostos por Tedeschi e Calhoun), parecem-nos permitir certificar a validade convergente. Assim, quando a experiência de cancro da mama é avaliada como tendo tido um impacto positivo ao nível das várias áreas do funcionamento psicológico consideradas, são encontrados níveis

mais elevados de DPT, sendo que a um impacto negativo do cancro da mama se associa uma menor experiência de DPT.

Por tudo isto, consideramos que o IDPT constitui-se como um instrumento de grande utilidade permitindo avaliar, com precisão e rapidez, a percepção de mudanças psicológicas positivas após a vivência de um acontecimento adverso ou potencialmente traumático. Para além disso, tem a vantagem de ser flexível ao ponto de poder ser administrado em contextos clínicos e de investigação, tanto em amostras seleccionadas a partir de situações específicas e previamente identificadas como traumáticas, como em amostras da população geral, sem o investigador ter à partida conhecimento da ocorrência de algum acontecimento vivido como traumático.

Ainda que também se possa constituir como uma medida útil de alguns aspectos da adaptação psicológica, no contexto da resposta a situações traumáticas, o IDPT não deve ser utilizado de forma isolada na despistagem de necessidades de intervenção. Pode, contudo, ser um recurso importante na identificação de indivíduos que corram riscos de perturbações de adaptação crónicas e no estabelecimento dos objectivos específicos de intervenção, dirigidos às necessidades singulares de cada indivíduo.

Embora este estudo se revista de carácter inovador, ao focar a avaliação da possibilidade de ocorrência de mu-

danças positivas após uma situação vivida como traumática, reveste-se de algumas limitações, nomeadamente, a não inclusão de uma amostra do sexo masculino e a sua natureza transversal, não contemplando a avaliação da estabilidade / mudança da experiência de DPT. Para além disso, neste estudo não foram testadas possíveis diferenças ao nível da intensidade do DPT, consoante a fase da doença em que a mulher se encontra (tratamentos *vs* sobrevivência), sendo importante que estudos futuros tenham em linha de conta as particularidades das diferentes etapas da trajectória da doença. Paralelamente, será importante relacionar as respostas ao IDPT com outras medidas psicológicas, nomeadamente de personalidade, psicopatologia, recursos de coping e, especialmente, com medidas qualitativas. Por outro lado, dever-se-ão desenvolver estudos noutras amostras de sujeitos que experienciaram outros tipos de situações adversas, sobretudo de desenho longitudinal, de forma a compreender continuidades e mudanças no que se refere à percepção de mudanças positivas, no simples decorrer do tempo, por um lado, e à medida que outros acontecimentos adversos possam ocorrer na vida dos sujeitos, por outro.

## CONCLUSÃO

Nos últimos anos, um grande número de investigações tem mostrado que apenas uma pequena percentagem de pessoas expostas à adversidade

desenvolve uma constelação de sintomas significativa, ao ponto de se constituir como perturbação com significado clínico. Tem sido evidenciado, todavia, que esta adversidade é frequentemente potenciadora da experiência de desenvolvimento pessoal e relacional, que se reflecte na descoberta de novas forças e capacidades, na revitalização de relações interpessoais, na (re)organização de novos significados de vida e num fortalecimento a nível espiritual.

Em proeminente expansão em contexto clínico e de investigação, sobretudo a nível internacional, a conceptualização de um acontecimento negativo como uma oportunidade de mudança para trajectórias mais adaptativas, parece ser indispensável para uma melhor compreensão da diversidade humana, pelo que nos parece urgente estimular o desenvolvimento de estudos e propostas de intervenção que a contemplem.

#### AGRADECIMENTO

Os autores agradecem ao Professor Doutor Mário Rodrigues Simões (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra) as sugestões dadas no âmbito dos estudos de validação do IDPT.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrykowski, M. A., Brady, M. J., & Hunt, J. W. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-Oncology*, 2, 261-276.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., et al. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 20-32.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (1999). *Facilitating posttraumatic growth*. Mahwah N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventing psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Cordova, M. J., & Andrykowski, M. A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 286-296.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.
- Finkel, N. J. (1974). Strens and traumas: An attempt at categorization. *American Journal of Community Psychology*, 2, 265-273.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1048-1055.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ho, S. M., Chan, C. L., & Ho, R. T. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(6), 377-389.
- 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(10), 911-920.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 561-571.

- Kierkegaard, S. (1983). *Fear and trembling*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Linley, P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- McMillen, J. C., Smith, E., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739.
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 575-585.
- Nietzsche, F. (1955). *Beyond good and evil*. Chicago, IL: Henry Regnery.
- Osoba, D. (1991). *Effect of cancer on quality of life*. Florida: CRC Press.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71-83.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487-497.
- Sheikh, A. I., & Marotta, S. A. (2005). A cross-validation study of the Posttraumatic Growth Inventory. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 38(2), 66-77.
- Stevens, J. P. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 353-367.
- 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(2), 158-164.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

- Tedeschi, R., Park, C., & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23(1), 16-23.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20(2), 175-192.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Weiss, T., & Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 191-199.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B., Booth-Jones, M., & Fields, K. K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266-273.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

