Universidad de Flores

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Doctorado en Psicología

CENTRALIDAD DEL EVENTO, LA AUTOTRASCENDENCIA Y PROPÓSITO DE VIDA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Dirección: Dra. Selediana Godinho

Co dirección: Dra. Analía Verónica Losada

Doctoranda: Ester Daniel

Buenos Aires, Agosto 2022

DEDICATORIA

Mi manera de honrar la vida.
Para quienes se alegran conmigo de compartirla.
Para quienes no están y me habitan.

"¿Quién te sostiene?", preguntaba Reb Asri a Reb Dabban.
El vacío", le respondió éste. Y agregó:
"¿Acaso no sostiene al universo?"

“A veces parece que estamos en el centro de la fiesta. Sin embargo, en el centro de la fiesta no hay nadie. En el centro de la fiesta está el vacío. Pero en el centro del vacío hay otra fiesta” (Juarroz)

AGRADECIMIENTO

Para mis padres, porque son el inicio de mi vida.

Para mis hijas, porque son la experiencia del amor y la vida compartida.

Para mis nietos porque son el milagro de la sangre renovada.

Para mis afectos que saben amorosamente del *elan* vital de mi trabajo

Para mis pares y maestros, los presentes y los ausentes.

Para mis pacientes y transeúntes de la situación del enfermar, que tantos sentidos me interpelan y conmueven.

A la Dra. Analía Verónica Losada y a la Dra. Selediana Godinho, a ambas por el entusiasmo y la dirección.

Al Dr. Hugo Simkin por su generoso saber y disponibilidad.

A los docentes de la carrera del doctorado de la Universidad de Flores, por su humildad en la transmisión.

A la Ingeniera y Lic. Mantilla por la confección y permanente atención del formulario Google.

A la Dra. Valeriano por su prolijidad y criterio en el análisis de los datos.

A quienes de modo anónimo contribuyeron a la obtención de dichos datos

A los profesionales de la salud, compañeros de ruta, que creyeron en mí.

Al Doctorado en Psicología de la UFLO Universidad.

El presente trabajo de tesis nació en mi corazón hace 50 años. Egrese de la Universidad Nacional de Córdoba y viaje a Buenos Aires con el propósito de darle realidad a medida que daba inicio a mi formación post graduación.

Pero la vida se encargó de mostrarme innumerables nudos y azares en los que mi deseo se entretejía y si bien no perdía presencia, si, en cambio, perdía protagonismo.

La primera presentación que no llego al Jurado de la Universidad del Salvador fue: La fisiología de la desesperanza. La segunda con idéntico destino fue: Vacío. El corazón del trauma. Y hubo una tercera vez: Formación en Psicooncología. Necesidad de su inclusión en la carrera de Psicología.

El día de hoy mi nuevo trabajo solicita alcanzar la luz.

Hora de agradecer. Siempre conectarme con el proyecto de tesis ha sido mi salvoconducto para encontrar un borde en momentos oscuros, de abismo. Hora de decir que mi red ante el sinsentido reclama presentarse, tener voz propia, y adquirir estatuto de una existencia menos itinerante y más posible.

ÍNDICE

DEDICATORIA ii
AGRADECIMIENTO iii
ÍNDICE iv
INDICE DE TABLAS vi
ÍNDICE DE FIGURAS vii
RESUMEN viii
ABSTRAC ix
I. INTRODUCCIÓN 1
II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES 10
2.1. Autotrascendencia 10
2.1.1. Historia del concepto 10
2.1.2. Conceptualización 14
2.1.3. Enfoques teóricos 14
2.2. Propósito de Vida 20
2.2.1. Historia del concepto 20
2.2.2. Conceptualización y posturas teóricas 24
2.3. Centralidad del evento 30
2.3.1. Historia del concepto y antecedentes teóricos 30
2.3.2. Conceptualización y perspectivas 37
2.4. Antecedentes 41
2.4.1. Autotrascendencia 41
2.4.2. Propósito de vida 52
2.4.3. Centralidad del evento 59
2.4.4. Variables de interés 64
2.5. El cáncer 73
2.5.1. Impacto en la salud mental 78
2.5.2. Estudios sobre el cáncer y la salud mental 81
III. PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPOTESIS 83
3.1. Delimitación del problema 83
3.2. Objetivos 86
3.2.1. Objetivo General 86
3.2.2. Objetivos Específicos 86
3.3. Hipótesis 86
IV. MÉTODO 87
4.1. Diseño 87

4.2. Participantes 87
4.3. Instrumentos 90
4.4. Procedimientos y análisis de datos 92
4.5. Aspectos éticos 96
V. RESULTADOS 97
5.1. Validación de instrumentos 97
Invarianza multigrupo entre CES, PIL y ASTI 103
5.2. Análisis de la correlación y los modelos explicativos 104
VI. DISCUSIÓN 112
VII. CONCLUSIONES 123
REFERENCIAS 127
ANEXOS 146

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 ***Características descriptivas de la muestra analizada*** **88**
Tabla 2 ***Edad media actual, edad media en el momento del diagnóstico y promedio de años transcurridos desde el diagnóstico según el género, diagnóstico lugar de residencia de los participantes*** **89**
Tabla 3 ***Análisis factorial confirmatorio de los tres constructos psicológicos de interés, indices de fiabilidad y bondad de ajuste de los modelos de medida*** **98**
Tabla 4 ***Comparativa entre PIL unidmensional y PIL de dos factores*** **99**
Tabla 5 ***Correlaciones entre los constructos centrales del estudio*** **100**
Tabla 6 ***Análisis de invarianza multigrupo según diagnóstico*** **103**
Tabla 7 ***Correlaciones entre los constructos psicológicos de interés y las variables sociodemográficas y de hisgtoria médica*** **105**
Tabla 8 ***Resultados del análisis de regresión múltiple sobre el Propóstio de Vida como variable dependiente*** **106**
Tabla 9 ***Parámetros estimados en el Modelo A – Mediación Parcial*** **108**
Tabla 10 ***Parámetros estimados en el Modelo B – Mediación Total*** **109**
Tabla 11 ***Comparación de ambos modelos*** **111**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Las seis fases del desarrollo análitico de SEM..... 96
Figura 2 AFC y solución unifactorial para la Escala de Centralidad del Evento. 101
Figure 3a AFC y solución unifactorial para la Escala de Propósito de Vida (PIL)..... 102
Figure 3b AFC y solución de dos fcatores para la Escala de Propósito de Vida (PIL). 102
Figura 4 AFC y solución de dos factores para la Escala de Propósito de Vida..... 102
Figura 5. Modelos analizados. 107
Figure 6. Resultados de la estimación del modelo A, Mediación Parcial..... 108
Figure 7 Resultados de la estimación del modelo B, Mediación Total..... 109
Figure 8 Modelo final de mediación total..... 109

RESUMEN

En la investigación que a continuación se presenta se analiza la relación entre la centralidad del evento, la autotrascendencia y el propósito de vida en personas con diagnóstico y tratamiento del cáncer. Se empleó un diseño de estudio de corte transversal con una selección de la muestra no probabilística, intencional y por bola de nieve. Se usaron cuatro instrumentos: a) Cuestionario ad hoc, b) Test del Propósito en la Vida (PIL), Inventario de autotrascendencia para adultos (ASTI) y Escala abreviada de Centralidad del Evento (CE). La muestra la integraron 316 pacientes diagnosticados con cáncer cuyas edades se encontraban en un rango de 21 a 88 años (M = 53.3; SD = 13.3), el 82.9% fueron mujeres, 57.9% tenían cáncer de mama y el restante porcentaje otros tipos de cáncer. En referencia al diagnóstico el tiempo promedio que paso desde que recibieron el diagnóstico de cáncer fue de 5.4 años (SD = 6.4) y la edad promedio en que la recibieron fue de 47.9 años (SD=14). Los resultados revelaron dos aspectos importantes. Primero, no se encontró respaldo respecto al supuesto inicial del estudio. Segundo, se encontró respaldo para afirmar que una mayor centralidad del evento conlleva a una mayor alienación del individuo y como consecuencia de esa relación éste experimentará un decrecimiento en su propósito de vida, donde la variable alienación adquiere rol de moderador y la variable centralidad del evento de predictor. Además, si se suman los aspectos de vivenciar un acontecimiento impactante al cual se centraliza y se considera el tiempo transcurrido desde que se recibió el diagnóstico, se podrá explicar también el decaimiento del propósito de vida. Finalmente, se concluye que, por ser el primer análisis de las tres variables, se requiere mayor evidencia para arribar a conclusiones que pueda generalizarse.

Palabras clave: Cáncer, Autotrascendencia, Centralidad del evento, Propósito de Vida.

ABSTRAC

The research presented below analyzes the relationship between the centrality of the event, self-transcendence and the purpose of life in people diagnosed with and treated for cancer. A cross-sectional study design was used with a non-probabilistic, purposive and snowball sample selection. Four instruments were used: a) Ad hoc Questionnaire,
b) Purpose in Life Test (PIL), Adult Self-Transcendence. The sample was made up of 316 patients diagnosed with cancer whose ages were in a range of 21 to 88 years (M = 53.3; SD = 13.3), 82.9% were women, 57.9% had breast cancer and the remaining percentage had other types of cancer. cancer. In reference to the diagnosis, the average time that passed since they received the diagnosis of cancer was 5.4 years (SD = 6.4) and the average age at which they received it was 47.9 years (SD = 14). Inventory (ASTI) and Abbreviated Event Centrality Scale (CE). The results revealed two important aspects. First, no support was found for the initial assumption of the study. Second, support was found to affirm that a greater centrality of the event leads to a greater alienation of the individual and as a consequence of this relationship he will experience a decrease in his life purpose, where the alienation variable acquires the role of moderator and the centrality variable of the event of predictor. In addition, if the aspects of experiencing a shocking event to which it is centralized are added and the time elapsed since the diagnosis was received is considered, the decline in life purpose can also be explained. Finally, it is concluded that, since it is the first analysis of the three variables, more evidence is required to reach conclusions that can be generalized.

Keywords: Cancer, Self-Transcendence, Centrality of the event, Purpose of life.

I. INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral se centra en el estudio de tres variables de interés, la Centralidad del Evento, la autotrascendencia y el Propósito de Vida. Estas variables han sido analizadas dentro de la especialidad de psico-oncología y tiene como finalidad mostrar evidencias empíricas de cómo se relacionan entre ellas, en una población con cáncer.

La temática de Frankl (1966) sobre la autotrascendencia es el punto de partida de este trabajo. La autotrascendencia forma parte de las capacidades humanas, así como el desapego de lo material. Para este autor, el ser humano activamente desafía su equilibrio interno en la búsqueda constante del sentido de vida y la vivencia intencional, con propósito y valores. Esto conforma una tensión constante en la búsqueda del sentido de la vida.

En esta tensión, la paz mental o espiritual no es lo que subyace, sino que habría un estímulo producto del sentido que se tiene que lograr, que cada ser humano en su ser en el mundo busca de forma activa e intencional. Esta búsqueda es inherente al ser humano, y además es necesaria para la salud mental (Frankl, 1963 en Frankl, 1966). La ausencia de esta tensión llevaría a la pérdida de sentido, el vacío de propósito (Frankl, 1966). Por lo tanto, la autotrascendencia sería, para Frankl (1966), la esencia de la existencia humana.

La autotrascendencia, de acuerdo con esta perspectiva, es la consecuencia final de tres procesos: la perspectiva espiritual, la aceptación y la esperanza. La autotrascendencia se refiere tanto a la acción de ir más allá de los límites propios ego-centrados y, también, a la cualidad o habilidad que se genera como resultado de este proceso de movimiento (García-Romeu, 2010).

La autotrascendencia ha sido abordada, principalmente, desde la enfermería, desde la logoterapia, desde las teorías de la personalidad y desde la psicología transpersonal (García-Romeu, 2010).

Desde la enfermería, los desarrollos actuales se corresponden a los estudios de Reed, quien indica que la autotrascendencia es la capacidad de expandir los límites individuales y se puede lograr por varias vías: intrapersonalmente, interpersonalmente, temporalmente o transpersonalmente (Reed, 2018).

Principalmente, el interés en este campo se encuentra en la preocupación de promover bienestar en momentos difíciles para las personas, como es el caso de una pérdida, una enfermedad o un padecimiento limitante (Reed, 2018). En ese contexto, la autotrascendencia fomenta la toma de conciencia sobre el ambiente y la orientación de la propia vida, así como su perspectiva a futuro. Esta toma de conciencia o *Awareness* se relaciona con un razonamiento más contextual, más pragmático, más espiritual y tolerante a la ambigüedad y a las paradojas inherentes del vivir y el morir (Reed, 2018).

Además, la autotrascendencia permitiría, desde este enfoque, mejorar y "facilitar la integración de elementos complejos y conflictivos del vivir, crecer y morir" (Reed, 2018, p. 100) y proporcionar una nueva perspectiva sobre el sufrimiento y los obstáculos. La vulnerabilidad, es la toma de conciencia sobre la muerte como límite de la experiencia personal o de la experiencia de eventos vitales difíciles.

Ligado al concepto de vulnerabilidad se encuentra el de afrontamiento y el de resiliencia. De allí que experiencias negativas vividas pueden ser negativas, pero también estructurantes, con soluciones creativas de lo negativo.

La autotrascendencia emergería de forma natural en este tipo de momentos, donde la persona confronta la mortalidad y la inmortalidad. Esta relación, no resulta lineal, ya que niveles muy bajos o altos de vulnerabilidad no necesariamente se encuentran relacionados con un aumento de la autotrascendencia (Reed, 2018).

Desde la logoterapia también se abordó el concepto de trascendencia. En ella se entiende al ser humano como bio-psico-social-espiritual. Señala la problemática de los tiempos actuales sobre ese afán por una vida llena de felicidad, sin sufrimiento, que obstaculizan la tarea de conectar con el sufrimiento humano y darle sentido. Este sentido que se le da a la crisis sería la clave para poder afrontarla de forma satisfactoria, promoviendo el descubrimiento personal (Noblejas de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005).

La espiritualidad, desde la logoterapia, es el cofre del tesoro. Sus fuentes son la búsqueda intencional del sentido, como el motor inicial que empuja a la persona hacia adelante; la orientación a la tarea, tanto a corto como largo plazo, autodeterminadas, para avanzar; la conciencia, como la capacidad de reconocer la dirección del sentido del momento. En otras palabras, la espiritualidad es la fuente de donde proviene el sentido

de autotrascendencia del humano, que le incentiva a la búsqueda y construcción del sentido para la acción con intención, sobre lo cual el sujeto tiene pleno conocimiento.

Desde el enfoque de las teorías de la personalidad, se considera a la autotrascendencia uno de los factores de personalidad. Existen distintos abordajes sobre esta hipótesis.:

El modelo psicobiológico propuesto por Cloninger (1993, 2004) considera que uno de los factores de la personalidad -el temperamento- es innato. Su teoría propone que la personalidad está estructurada y se desarrolla sobre dos dimensiones: temperamento y carácter (Cloninger, 1993, 2004).

El abordaje de la autotrascendencia desde el enfoque transpersonal aparece como una continuación de la psicología humanista, en tanto transpersonal significa más allá del ego, apuntando a la búsqueda de totalidad y sentido trascendente.

El segundo constructo o variable de interés en este trabajo de investigación, es el Propósito de Vida (en adelante, PDV) entendido como una construcción personal condicionada por las experiencias personales y que se renueva en cada etapa de la vida; este permite darle sentido a la experiencia humana y orienta el accionar en la vida cotidiana de las personas (Preuss, 2019).

El desarrollo teórico entre autotrascendencia y propósito de vida aproximan a ambos constructos. En ese marco, los aportes de Frankl son esenciales en los dos casos, para caracterizar el rol de ambos en la calidad de vida de las personas. Ambas ofrecen un sentido, tanto en orientación como en razón, mejorando la tolerancia a la incertidumbre en relación con la existencia, y fomentando un pensamiento más pragmático, para finalmente proporcionar una nueva perspectiva al sufrimiento humano (Reed, 2018).

El bienestar psicológico, centra su atención en el desarrollo y crecimiento personal. La bibliografía que conceptualiza el bienestar emocional detecta a teóricos como Erik Erikson y su modelo psico-social de etapas del desarrollo humano (1959), que recogen las necesidades de encontrar sentido a la propia vida. Otras teorías centradas en el estudio del crecimiento personal están representadas por Maslow (1968) y sus trabajos sobre autoactualización, (Rogers (1961) y su tesis sobre el funcionamiento humano pleno y, también Allport (1961) con su concepto de madurez.

El modelo multidimensional de Reed (1989) postula seis dimensiones en la búsqueda de puntos de convergencia centrando su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, y enfatizando los valores que nos hacen sentir vivos y auténticos. Dicho Modelo Integrado de Desarrollo Personal está compuesto por autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal. Modelo presentado previamente por Jahoda (1958) sin embargo sin investigaciones respaldatorias.

Tanto PDV como autotrascendencia se relacionan con el bienestar. En este mismo sentido, Reed (2018) considera que uno de los indicadores del bienestar humano es la percepción de que la vida tiene sentido.

En tercer lugar, se presenta el concepto de la Centralidad del Evento (CE) el cual permite identificar un suceso que, por sus características particulares, resalta en la auto narración de la historia de vida construida. Este evento se constituye como una referencia en relación con otros eventos de la historia personal y tiene la cualidad de integrarse como un componente de la identidad personal (Berntsen y Rubin, 2006; Bernard et al., 2015; Gehrt et al., 2018).

Su función puede ser reconocida por su capacidad de definir un antes y un después en el guion subjetivo de la historia de vida; tiene la calidad de interferir en la interpretación de los eventos anteriores y los posteriores (Gehrt et al., 2018). En el caso específico de la enfermedad, el cáncer puede configurarse como un evento estresante dependiendo de los recursos de afrontamiento que cuente la persona (Ochoa et al., 2019). Así, este puede ser interpretado como una oportunidad o como un obstáculo. La diferencia entre ambos resultados se relaciona a los mecanismos personales que la persona despliega frente al evento. De hecho, resulta de interés preguntarse si el propósito de vida podría influir en cómo se construye este sentido. Las personas que orientan su acción a metas, en la consecución del propósito de vida que direcciona su desarrollo personal, contarían con otro tipo de herramientas protectoras frente al desarrollo de la CE. Frente a los eventos adversos, tendría un marco que le proveería de sentido y de razón (Ryff, 1995).

En el segundo capítulo se detalla el desarrollo de la investigación propiamente, detallando la metodología empleada, para luego exponer los resultados y la discusión.

En cuanto a los participantes, pacientes con cáncer, un grupo refirió estar

diagnosticados con cáncer de mama y otro grupo mencionó que su diagnóstico era de una tipología distinta al cáncer de mama, tales como, cáncer de cérvix, cáncer de piel no melanoma, cáncer de colon, entre otros.

Para el correcto desarrollo de la presente investigación fue necesario tanto el recorrido bibliográfico como tomar una muestra considerable de personas con sintomatología similar evaluando las consideraciones psicológicas que pueden surgir a partir de un diagnóstico tan devastador como el del cáncer.

Los pacientes que hicieron parte de esta investigación fueron informados de la intención del estudio realizado, además se les ha asegurado total confidencialidad de sus experiencias personales, teniendo que los datos que se han obtenido son categorías generalizadas que no llevan a la caracterización de ninguna experiencia en particular, pero sí de las perspectivas generales de la población a quienes se les aplico los instrumentos. Además, fue obligación y compromiso del evaluador compartir los resultados de la investigación con el paciente que así lo dispusiera, sin comprometer la confidencialidad frente a los demás pacientes y participantes de la investigación.

Relevancia de este trabajo de investigación

Se estima que el presente estudio debe considerarse de interés y relevancia en la actualidad y en consideración a que el paciente con diagnóstico de cáncer requiere de un acompañamiento, más allá del tratamiento farmacológico. Es decir, el paciente con diagnóstico de cáncer demanda de una asistencia integral, así como de la presencia e inclusión del psico oncólogo en el equipo interdisciplinario a fin de evaluar las instancias frente a su salud mental y las perspectivas frente a su futuro y su propósito de vida.

La relevancia de la presente investigación se respalda en la contribución a tres niveles:

a) Contribución a la sociedad

El proceso del diagnóstico y el tratamiento del cáncer como enfermedad suele ser la mayoría de las veces un camino muy complejo y que demanda muchos recursos a todo nivel. Al recibir el diagnóstico de cáncer, en sí misma, la noticia de la enfermedad puede llegar a ser, para muchos, un trauma existencial. Se trata de un evento que amenaza profundamente el bienestar de un individuo, como a la consecuencia de ese evento en la estructura mental o vida emocional del mismo. La noticia, en general,

evidencia un exceso de excitación que no encuentra descarga desde un aparato psíquico excedido en su capacidad y recursos. Los pacientes remiten a un estado interno de proyectos inconclusos y a una vivencia de la vida amenazada.

Inicialmente es común que aparezcan sentimientos negativos de desánimo, dolor emocional, molestia, frustración o impotencia, incluso, una profunda sensación de culpa y de no aceptación a la enfermedad, pues es previsible en ese momento un desequilibrio en las emociones y sentimientos, ya que es este un mecanismo de oposición a una situación amenazante de la salud y, desde luego, la vida (Forgiony-Santos et al., 2019).

En este sentido, el afrontar dicho diagnóstico sugiere un estrés significativo en la vida del paciente, de sus familiares y, además, del círculo cercano de relación como el caso de los amigos, compañeros de trabajo o de estudio según el caso particular y el estilo de vida que lleve la persona (Garduño et al., 2010), pues el cáncer es una enfermedad crónica que puede aparecer en cualquier edad y momento de la vida.

La relación social de cualquier persona que ha sido diagnosticada se ve profundamente afectada, pues es esta una condición médica de origen crónico en el que habitualmente los pacientes están constantemente afectados porque esto representa una amenaza a los proyectos futuros y, desde luego, al propósito de vida. Se evidencia una pérdida del sentido de vida, teniendo que postergar sueños, planes, actividades, aspectos personales, en tanto ahora el tiempo ha de ocuparse al tratamiento y al cuidado de sí mismo con a fin de recuperar la salud (Gallegos y Hernández, 2008; Uribe, 2015; Vázquez et al., 2012). La vida misma gira en torno a la enfermedad.

De aquí, la importancia de ayudar y facilitar a través del acompañamiento psicológico a la persona diagnosticada para que pueda encontrar el estímulo propio de su propósito de vida a través de la auto observación y de la espiritualidad que direccione a encontrar su paz mental en una búsqueda personal para mejorar la calidad de vida (Forgiony-Santos et al., 2019; Ehlers et al., 1998; Franco et al., 2016; Garduño et al., 2010; Puentes et al., 2015), el bienestar y la salud mental.

Entonces, tener un conocimiento sólido y amplio de los fenómenos psicológicos que se desencadenan a partir de un diagnóstico de cáncer (1) brinda a nivel micro, un soporte teórico para el abordaje terapéutico individual de los pacientes en un entorno hospitalario, o asistencial en general y (2) a nivel macro, posibilita el planteamiento de mejoras o diferentes aproximaciones por parte de otros profesionales de la salud, o

alternativas innovadoras en los programas de salud pública a nivel nacional. Puntualmente, en la conformación de programas que tengan como objetivo la sensibilización y la difusión de los mecanismos involucrados en la salud mental de personas con diagnóstico de cáncer. Y fundamentalmente, el derecho del paciente de ser asistido de modo integral, bio psique socio emocional y espiritualmente. Por lo tanto, este es el primer imperativo.

Otro aporte, no menos importante, es conseguir extrapolar los conocimientos y abordajes posibles sobre los mecanismos psicológicos, hacia la atención y tratamientos extendidos a los familiares y/o entorno del paciente, incluido al equipo de salud. La evidencia de estudios previos señala que la mejoría en la calidad de vida y el bienestar que el paciente experimenta, también se hace notorio en el bienestar de los familiares y amigos (Martin et al., 2005).

Además, si un miembro del núcleo familiar está atravesando un proceso tan complejo como la enfermedad de cáncer, este impacto también se hará extensivo a los otros miembros de la familia. El sistema familiar se resiente no solo en sus recursos materiales y financieros, sino también en sus recursos afectivos debido a ese impacto. En este caso se piensa que la familia es el paciente de segundo orden. Principalmente al tener en cuenta que la experiencia sobre la situación que vive el paciente en todas sus fases de la enfermedad provoca repercusiones individuales, laborales y sociofamiliares, que pueden ser dibujadas como tirar una piedra en el agua y su movimiento expansivo. La familia es considerada el núcleo de la sociedad, y en ese sentido, trabajar para fortalecer al paciente mientras siga el curso de la enfermedad, tendrá un impacto positivo en el propósito de vida de él o ella como individuo, pero sobre todo en su contexto familiar y laboral (si es parte de la población económicamente activa).

Cabe precisar que, el entorno del paciente está conformado también por los profesionales de la salud intervinientes, en ese sentido el conocimiento generado en este trabajo podrá ser de utilidad a los profesionales que trabajan con la enfermedad de cáncer, ya que la conmoción del paciente es extensiva al equipo. Este punto será descrito en extensión en la tercera viñeta (punto c).

b) Contribución a la teoría.

Es importante resaltar que tras la realización de este proyecto se generará una evidencia científica soportada en los casos empíricos y en el análisis estadístico de

fenómenos psicológicos presentes en el contexto de la enfermedad de cáncer.

Estos resultados tienen un carácter significativo para la mejora en el tratamiento psicológico de personas con diagnóstico de cáncer.

En la actualidad existen grandes avances en el campo de la medicina para contrarrestar los efectos del cáncer, lo que incluye tratamiento farmacológico, psicoterapéutico e intervención quirúrgica. No obstante, se ha demostrado que la influencia de emociones negativas retrasa los resultados efectivos y eficientes del tratamiento, mientras que las emociones positivas, el encuentro con la espiritualidad, el apoyo y acompañamiento de familiares incrementan el potencial de curación y los efectos positivos al tratamiento (Guerra y Pino, 2014; Pérez et al., 2019).

De esa manera se van abriendo puertas a la disposición para poder enfrentar y posteriormente aceptar la enfermedad permitiendo el encuentro con el equilibrio emocional y mental que contribuye a favorecer los procesos de recuperación y afrontamiento de la enfermedad (Forgiony-Santos et al., 2019). Es así como esta investigación cobra interés y relevancia en el campo de la psicología, en tanto se considera que el acompañamiento, sostén y abordaje psicológico para personas con diagnóstico de cáncer es esencial para obtener resultados satisfactorios en el desarrollo del tratamiento, pues mejora los estados de ánimo y elimina los pensamientos negativos (Acevedo et al., 2008; Forgiony-Santos et al., 2019; Conde et al., 2020; Garduño et al., 2010).

Por lo tanto, se resalta la relevancia frente a la búsqueda de programas de intervención que puedan servir de guía al paciente y familiares tras el diagnóstico. Todo lo cual, en mi experiencia clínica, nos pone de cara a los avances del paradigma de la sociopsiconeuroinmunoendocrinología, la teoría de la complejidad y la epigenética.

Partiendo del postulado que las intervenciones terapéuticas sistemáticas y de acompañamiento al paciente pueden ser un escenario controlado para lograr el objetivo de que la persona con diagnóstico de cáncer consiga enfocar con claridad su propósito de vida y lograr la autotrascendencia, también se conseguirá reducir la influencia de las emociones negativas en la salud mental del paciente. Es preciso incidir en la importancia de lograr estabilizar la salud mental del paciente, en otras palabras, al lograr un autodistanciamiento de las emociones negativas también se están potenciando los efectos positivos del tratamiento consiguiendo beneficios de la curación (Torres, 2020).

Por lo anterior, cuando se estudian las relaciones entre los tres constructos psicológicos denominados Centralidad del Evento, Autotrascendencia, y Propósito de Vida, se busca comprender el mecanismo a través del cual estos fenómenos están interconectados. Estos constructos habitualmente suelen ser abordados en la práctica clínica, pero precisan un mayor conocimiento de cómo interactúan en conjunto para realizar mejoras en los programas de intervención especializada.

Finalmente, la práctica asistencial de la investigadora de este trabajo, le permite decir que dicho diagnóstico podría hacer tambalear o ¿quebrar? los proyectos vitales. Dicha experiencia clínica permite observar que, los pacientes, aun con las diferencias individuales, tienen en común frente al diagnóstico, una ruptura en la línea temporo-espacial. El espacio se agiganta y el tiempo se acorta: el presente se vuelve insoportable, el pasado se cuestiona y el futuro se transforma en una sentencia.

c) Contribución a la formación académica de profesionales de la salud.

Del anterior punto, la contribución a la teoría, se desprende esta tercera viñeta que enfatiza la idea de consolidar la formación de los profesionales que trabajan alrededor de la enfermedad de cáncer en las técnicas actualizadas y el desarrollo científico sobre la temática.

Los profesionales de la salud son conocedores de la importancia que la salud física y mental tiene para el ser humano. Cuando un individuo recibe atención sanitaria tiene el derecho a ser visto y asistido de una manera integral, holística. Por tanto, la inclusión del psico oncólogo no solo es eficaz, sino que es un imperativo ético.

El abordaje clínico desde el punto de vista de la psico oncología toma una posición central en ese contexto. Los pacientes y sus familias se ven involucrados en un proceso médico-farmacológico centrados en la importancia de iniciar de manera oportuna e inmediatamente el tratamiento y abordaje psico oncológico. Dentro de ese abordaje multidisciplinar, el tratamiento y la intervención psico oncológica se centra en acciones como sostener con la palabra y la presencia, disminuir los efectos secundarios, tener en cuenta la adherencia al tratamiento, así como asistir en momentos de remisión, recaída y fase terminal de la enfermedad. Por este motivo, las carreras de formación universitaria para profesionales de la salud tienen que seguir una programación que ayude a consolidar ese imperativo: brindar una atención holística desde el rol que les corresponda.

Este es un apartado necesario que en el presente trabajo se desarrolla entre líneas y excede por el momento esta tesis. Aunque es relevante hacer mención de ello, ya que se cree firmemente en la necesidad de formación o inclusión de dicha formación en psicooncología en los planes curriculares de la profesión.

El cáncer vive, y es de vital importancia para un país de incidencia media- alta. Damos por sabido que en las consultas de pacientes la fantasía o temor de tener la enfermedad cáncer es un hecho con impacto y realidad psíquica que requiere del profesional conocimiento de abordajes posibles.

Justificación

Los pacientes con cáncer ven desmoronarse su mundo en breve espacio de tiempo, vivencian una vulnerabilidad que afecta y atraviesa toda su vida de relaciones y por tanto requieren asistencia y contención psicoterapéutica como una oferta ineludible en el marco de servicios que deberían ser otorgados desde el sistema sanitario.

Cabe aclarar que existe un segmento poblacional que se encuentra relacionado con el cáncer por tener esta enfermedad y el padecimiento subjetivo que entraña, o por haberlo visto de cerca en el padecimiento de un familiar o bien por acumular comentarios y eventuales perturbaciones en su entorno por la presencia de prejuicios o creencias disfuncionales con un sello problemático y distintivo.

Es obligada la referencia estadística que sigue. Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer, en Argentina ocurrieron 130.878 casos nuevos de cáncer en ambos sexos en el año 2020, posicionando a Argentina dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta. La distribución de los casos según los principales sitios tumorales muestra que el cáncer de mama, con 22.024 casos, fue el de mayor magnitud en el año 2020, representa el 16,8% de todos los casos nuevos y es el primero en mujeres.

El cáncer de mama produce un deterioro en la calidad de vida, en la salud mental y en el bienestar social. Es una experiencia que puede considerarse como devastadora para la mayoría de las mujeres diagnosticadas, tanto así que genera sentimientos negativos llegando a afectar de manera considerable la psicología de la mujer, incluso, ser diagnosticada puede llevarle al punto de amenazar su integridad psicosocial, gestando incertidumbre en cuanto a lo sucedido con el tratamiento y se enfrentan

constantemente a la opción de recurrencia o a la muerte (Gallegos et al., 2008), además, de sufrir una serie de necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales que pueden llegar a desmejorar la calidad de vida del paciente.

También tiene una alta comorbilidad con trastornos psicológicos y del estado del ánimo, como depresión, ansiedad, angustia, afectación en la imagen corporal y precaria calidad de vida. Esto es producto del impacto que tiene el evento del diagnóstico y tratamiento del cáncer, con sus niveles severos de estrés asociado; además, puede exacerbar psicopatologías previas o latentes (Cuesta-Guzmán et al., 2020).

Actualmente, existen diversos tipos de intervenciones psicoterapéuticas para el trabajo con mujeres con cáncer de mama. En general, se orientan a mejorar los recursos intra e interpersonales para el afrontamiento de situaciones estresantes. Entre ellas, la psicología positiva ha generado varios programas e intervenciones orientados específicamente para esta población. Entre los principales hallazgos, se confirma el rol de la resiliencia como factor protector para este tipo de población. Asimismo, reafirman la importancia de que estos programas involucren a sus familiares y cuidadores principales, dado los efectos que tiene este rol en su calidad de vida igualmente.

No obstante, existe preocupación por los limitados estudios en estas temáticas a pesar de la alta prevalencia del cáncer de mama y sus conocidos efectos en la salud mental, se remarca la falta de intervenciones psico-oncológicas eficaces.

Se hipotetiza que tanto la autotrascendencia y el PDV son variables que están estrechamente relacionadas, y que en consecuencia podrían estar vinculadas con la generación de estrategias de afrontamiento a eventos estresantes. El foco de interés es la población con diagnóstico de cáncer, específicamente de cáncer de mama, y la exploración del grado en que se relacionan los tres constructos psicológicos antes mencionados.

Este es el contexto por el cual el presente trabajo resulta relevante, los hallazgos permitirán incrementar el conocimiento científico sobre los constructos de interés y en consecuencia ser el soporte teórico para futuras intervenciones psicológicas y/o políticas públicas de salud mental que permitan seguir trabajando con esta población vulnerable.

II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

Este capítulo tiene como finalidad posicionar el nivel de conocimiento actual sobre las tres variables de estudio: Centralidad del Evento, Autotrascendencia y Propósito de Vida. Se ha desarrollado una búsqueda bibliográfica que será presentada en tres apartados. En primer lugar, se expondrá sobre la evolución histórica y la conceptualización de las variables de interés, luego se presentará los antecedentes más resaltantes y los instrumentos de medición más empleados, y en tercer lugar se expondrán los estudios que han analizado la relación de los constructos propuestos, así como las investigaciones en el campo de la psico- oncología en relación con los mismos constructos.

A continuación, se presenta una segmentación detallada de los tres constructos psicológicos de interés remarcando dos aspectos relevantes: la evolución conceptual que ha recorrido y la conceptualización final que se adopta del mismo.

2.1. Autotrascendencia

2.1.1. Historia del concepto

El estudio psicológico de la autotrascendencia no es reciente y se remonta a los años 60 con los primeros artículos de Frankl (1966) sobre la temática, como un factor relevante en el estudio de la experiencia humana. Este autor considera a la autotrascendencia parte de las capacidades humanas, así como el desapego de lo material. Esta perspectiva para el estudio de la experiencia humana conlleva entender a la persona como una existencia abierta a la experiencia del mundo, en contacto con otros seres humanos, con el mundo en sí mismo, y en relación con la búsqueda de sentido.

En su texto La autotrascendencia como fenómeno humano (Frankl, 1966) critica la mirada de la autotrascendencia que tienen las teorías motivacionales o el psicoanálisis freudiano, por su principio de la homeostasis. Para este autor, el ser humano no busca aliviar la tensión buscando el equilibrio interno, sino que activamente lo desafía, en la búsqueda constante del sentido de vida y la vivencia intencional, con propósito y valores.

Esta crítica ha llegado hasta los planteos de Maslow, aunque con versiones desactualizadas de su teoría, puesto que en 1969 afirma que, en su conocida pirámide, el vértice superior se corresponde a la autotrascendencia (Koltko-Rivera, 2006).

Esta tensión no se alivia a través de la paz mental o del espíritu, sino que cada ser humano en su esencia de ser en el mundo busca de forma activa e intencional.

Dicha búsqueda es inherente al ser humano, y además es necesaria para la salud mental (Frankl, 1963 en Frankl, 1966). La ausencia de tensión sería, finalmente, la pérdida de sentido, el vacío de propósito (Frankl, 1966). Entonces, la autotrascendencia sería, para Frankl (1966), la esencia de la existencia humana.

Así, la crítica de Frankl sigue siendo pertinente: la existencia humana no culmina con el logro de una serie de pasos o fases, no es una colección de victorias o cierres de etapas, sino que la misma existencia humana para alcanzar el bienestar requiere un movimiento constante, que la tensión fomentaría (Frankl, 1966).

Como se dijo, en los desarrollos posteriores de Maslow, el autor modifica su jerarquía de necesidades humanas, proponiendo la autotrascendencia como un paso motivacional más allá de la autoactualización (Koltko-Rivera, 2006).

Esta concepción tiene consecuencias claras al interpretar los eventos humanos y, particularmente, en la investigación (Koltko-Rivera, 2006). Esto es así porque permite una comprensión más exhaustiva del sentido de vida; asimismo, permite entender las raíces motivacionales del altruismo, el progreso social y la sabiduría. A su vez, permite una comprensión más profunda de la violencia religiosa y admite una integración entre la psicología de la religión y la espiritualidad con la psicología hegemónica. Por último, provee una aproximación multicultural para las teorías psicológicas en general (Koltko-Rivera, 2006).

La autotrascendencia contrariamente a la religiosidad hace referencia a la búsqueda, a través de una experiencia propia, la ruta o el horizonte de la vida, buscando de allí la ruta o el camino para el propósito y el sentido que la vida tomara, según la investigación de Puentes, et al. (2015), “Esta revisión se basa en el examen de las posibilidades psicométricas de varias escalas desarrolladas para ‘medir’ la espiritualidad/religiosidad” (p. 484).

La enfermería es el otro referente histórico que desarrolla conceptualmente la autotrascendencia como un factor favorable para el bienestar humano. El interés surge porque la autotrascendencia, así como la espiritualidad, la esperanza y la aceptación, son conceptos recurrentes en los informes de la práctica del cuidado de la enfermería. Así, Haase et al. (1992) plantean una interrelación entre estos conceptos y con su resultado: el bienestar. Estos cuatro recursos son respuestas dinámicas a experiencias vitales, y realizan un análisis conceptual simultaneo de los mismos con consecuencias en el crecimiento, desarrollo personal y la salud integral.

Se teoriza a la autotrascendencia, de acuerdo con esta perspectiva, como un patrón humano básico de desarrollo, con importancia en el campo de los cuidados humanos, como es la enfermería, para la comprensión holística de la salud humana (Reeds, 2018).

Entre las principales autoras que realizan desarrollos enfocados en este concepto está Reed, la cual se apoya en las producciones de Rogers respecto de su concepción del ser humano como ser pan dimensional en interacción armónica con su entorno. (Rogers, 1980 en Reeds, 2018).

La preocupación de la enfermería tiene su foco en el rol de la autotrascendencia en el proceso de sanar, entendiendo a la primera como fuente de la segunda. Esto sucede así porque este sentido de bienestar que deviene de la toma de conciencia de la propia experiencia subjetiva de forma integral, en todas las dimensiones del sí-mismo (Coward y Reed, 1996).

En un estudio realizado por Coward, en 1990, se explora fenomenológicamente la experiencia de la autotrascendencia en una muestra de personas con enfermedades que tenían amenazada su vida. Ellos la entendían como la habilidad para ampliar la experiencia personal más allá de uno mismo y de las preocupaciones personales, para asumir una vida más amplia en términos de perspectivas y propósitos. Años antes, esta concepción ya había sido correlacionada con la salud mental por Reed (1989, en Coward y Reed, 1996).

Por lo que estos autores definían a la autotrascendencia como: expansión interna de los límites personales a través del aumento de la autoconciencia y la introspección; y de forma externa, en términos de invertir por sí mismos en relaciones con otros y con el

ambiente circundante; y temporalmente, por medio de la integración de la percepción del propio pasado y el futuro de forma tal que mejora la vida presente (Reed, 1991 en Coward y Reed, 1996). Esta definición se basa en los trabajos de Rogers, quien desarrolla la teoría básica de la enfermería, establece la perspectiva de seres humanos unitarios, como seres integrales y holísticos, mucho más complejo que la combinación de bio psico social, definiendo a la "pan dimensionalidad" de naturaleza del ser humano. Las experiencias pandimensionales, para esta autora, se expresan en la toma de conciencia del potencial humano que va más allá de las limitaciones físicas y que provee de la sensación de sanar (percepción interna del bienestar relacionado a la salud). La autotrascendencia, en este marco, es una de las experiencias pandimensionales que facilita el sanar (Coward y Reed, 1996).

Los trabajos iniciales de Reed (1986, 1987, 1992) exploran la perspectiva espiritual como forma de la expresión de la autotrascendencia ante enfermedades terminales. Desde sus estudios, la perspectiva espiritual se entiende como la expansión de los límites personales a través de experiencias como rezar, perdonar, creer en un poder más grande que uno mismo, y en la creencia de una forma de vida luego de la muerte física.

Es observado que el instrumento desarrollado inicialmente por esta autora como un factor integrado en su Escala de perspectiva espiritual de Reed (1987); a través de su estudio, se fue simplificando en la Escala de autotrascendencia de Reed (1991) que se sigue utilizando en la actualidad.

La perspectiva espiritual resalta las formas transpersonales de la autotrascendencia, mientras que existen otras de sus formas que enfatizan lo intrapersonal o interpersonal de las dimensiones personales del tomar conciencia humana (Coward y Reed, 1996).

Igualmente, diversos estudios permiten considerar que ella no deviene de forma sencilla, puesto que requiere de mindfulness y de la intencionalidad de activar ese potencial (Coward y Reed, 1996). Esto se puede relacionar con intencionalidad de la cual hablaba treinta años antes Frankl, cuando indicaba que la autotrascendencia conllevaba acción y la búsqueda de tensión, para la construcción del sentido de vida.

Así, ambas disciplinas abordaron históricamente la autotrascendencia como factor que fomenta el bienestar humano y cuentan con dos referentes teóricos

ineludibles: Frankl por un lado y Reed por el otro.

2.1.2. Conceptualización

La autotrascendencia se refiere tanto a la acción de ir más allá de los límites propios ego-centrados y, también, a la cualidad o habilidad que es resultado de este proceso de movimiento (Garcia-Romeu, 2010).

Esta ha sido abordada, principalmente, desde la psicología transpersonal, desde las teorías de la personalidad y desde la enfermería (García-Romeu, 2010). Esto conlleva diversas perspectivas que tienen puntos de convergencia y divergencia, los cuales pasarán a ser señalados.

2.1.3. Enfoques teóricos

Teoría de la Autotrascendencia de Reed: enfoque desde de la Enfermería.

Desde la enfermería, los desarrollos actuales se corresponden a los estudios de Reed, como se comentó anteriormente. Desde esta disciplina, la autotrascendencia es la capacidad de expandir los límites individuales y se puede lograr por varias vías: interpersonalmente, interpersonalmente, temporalmente o transpersonalmente (Reed, 2018).

Ella permite aumentar la toma de conciencia sobre el ambiente y la orientación de la propia vida, así como su perspectiva a futuro. Esta toma de conciencia o *Awareness* se relaciona con un razonamiento más contextual, más pragmático, más espiritual y tolerante a la ambigüedad y a las paradojas inherentes del vivir y el morir (Reed, 2018).

Permite, así, expandir la experiencia subjetiva más allá de los límites inmediatos de la situación particular. Entonces, esta forma de experimentar el mundo estaría ligada al bienestar humano y a la sanación (Wong, 2016), así como a la satisfacción con la vida (Le, 2011).

A través de ella, la persona no buscaría respuestas conclusivas a las preguntas de la vida, sino que buscaría el sentido global de los eventos como una integración entre lo moral, lo social y el contexto histórico, logrando una apreciación mayor de aquello que le rodea y aquello que no se ve, así como de su autoconocimiento (Le, 2011).

La teoría de la autotrascendencia ha cobrado relevancia en las últimas décadas por su desarrollo en relación con la capacidad de mejorar la calidad de vida humana, el

bienestar y la salud. Su relevancia conllevó a la producción de un cuerpo teórico específico para el cuidado, para la enfermería (Reed, 2018). Principalmente, el interés por ella se focaliza en la promoción de este bienestar en momentos difíciles para las personas, como es el caso de una pérdida o una enfermedad o padecimiento limitante (Reed, 2018).

La autotrascendencia permitiría, desde este enfoque, mejorar y facilitar la integración de elementos complejos y conflictivos del vivir, crecer y morir" (Reed, 2018, p. 100, traducción propia). Proporcionando una nueva perspectiva sobre el sufrimiento y los obstáculos, esta podría ayudar a las personas a organizar estos desafíos personales en el marco de un sentido más amplio, con mayor bienestar y percepción de integridad. La autotrascendencia es una de las tres variables acompañados del bienestar y la tercera la vulnerabilidad (Reed, 2018).

El bienestar es la percepción de la totalidad y la salud, de acuerdo con el propio criterio de totalidad y salud. La autotrascendencia es un precursor de este bienestar, de acuerdo con este marco teórico. Indicadores del bienestar son la satisfacción con la vida, el autoconcepto positivo, la esperanza, la felicidad y la percepción de sentido de la vida. Esta relación es lineal y positiva (Reed, 2018).

Vulnerabilidad, por su parte, es la toma de conciencia sobre la muerte como límite de la experiencia personal o de la experiencia de eventos vitales difíciles. La autotrascendencia emergería de forma natural en este tipo de momentos, donde la persona se confronta con la mortalidad. Esta relación, en cambio, no es lineal, puesto que niveles muy bajos o altos de vulnerabilidad no necesariamente estaría relacionado con un aumento de la autotrascendencia (Reed, 2018).

La autotrascendencia por sí misma ha demostrado ser precursora del bienestar (Reeds, 2018), pero también se considera un componente esencial de la sabiduría (Curnow, 1999 en Levenson et al., 2005) y en la capacidad de adaptación en la vida (Tornstam, 1994 en Levenson et al., 2005). Estos últimos desarrollos se relacionan a la psicología transpersonal, iniciada por Frankl.

La gerotrascendencia es el proceso aparentemente espontáneo de autotrascendencia que muchos adultos mayores parecen generar (Tornstam, 1994 en Levenson et al., 2005). Aun así, este autor plantea que no se requiere la espera a la senectud para alcanzar esta percepción de expansión de los límites de la propia

experiencia, el fortalecimiento de la espiritualidad y el aumento de la apreciación por el presente.

Por otro lado, Curnow (1999, en Levenson et al., 2005), focaliza su preocupación sobre la sabiduría, tanto en términos de la filosofía europea como asiática, estableciendo cuatro componentes centrales de la sabiduría: el autoconocimiento, el desapego, la integración y la autotrascendencia.

La relación de la autotrascendencia con el crecimiento madurativo es repetidas veces establecido, pero rara vez es explicado. Así Reed (2018) y Tornstam (1994 en Levenson et al., 2005) consideran que no se vincula necesariamente a un proceso espontáneo producto de la edad, sino de la experiencia de situaciones estresantes y del sufrimiento.

Autotrascendencia desde la perspectiva humanista y la logoterapia.

Por otro lado, la logoterapia entiende al ser humano como bio-psico-social-espiritual. Señala la problemática de los tiempos actuales sobre ese afán por una vida llena de felicidad, sin sufrimiento, que obstaculizan la tarea de conectar con el sufrimiento humano y darle sentido. Este sentido que se le da a la crisis sería la clave para poder afrontarla de forma satisfactoria, promoviendo el descubrimiento personal (Noblejas de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005).

Asimismo, se considera que el sufrimiento es parte de la vida misma y es una oportunidad para preguntarse sobre el sentido del sufrimiento, en términos de demandas personales frente a la situación de crisis, la responsabilidad personal y la solidaridad, por ejemplo. El sufrimiento sin la búsqueda de sentido puede conducir a la desesperación (Noblejas de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005).

Esta aproximación teórica propone, a su vez, líneas de acción para afrontar el sufrimiento, como orientaciones, que fueron inicialmente delineadas por Frankl y que luego fueron profundizadas por otros autores. Entre estas orientaciones se encuentra la autotrascendencia.

Para Noblejas de la Flor y Rodríguez- David (2005), la autotrascendencia es apuntar a algo más allá de uno mismo (Noblejas de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005, p. 112). Citan a Frankl (1986) considerando que es la capacidad de las personas de orientarse a algo más que a uno mismo, y que es característica necesaria de ser vivida

para la realización humana, dado que provee de una causa para servir, o a otra persona para amar (Frankl, 1986 en Noblejas de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005).

Frankl (2012) propone que el hombre se extiende hacia el mundo. Esta acción constante de expansión y contacto con otros seres y sentidos contradice la máxima de las teorías motivacionales que entienden que el hombre busca la homeostasis, o en otras palabras en reducir las tensiones interiores en restablecimiento del equilibrio. Esta crítica llega hasta el psicoanálisis, cuando se plantea que el principio del placer es justamente una descarga de tensiones que se puede mediatizar por el principio de realidad en la postergación, insistiendo en el equilibrio individual. También alcanza la biología, considerando la homeostasis como patológica o signo de desorden. El autor concluye que la homeostasis no es un criterio adecuado para explicar la acción humana. Dentro de la logoterapia, la autotrascendencia es resultado de la aplicación de técnicas específicas, precisamente la de reflexión.

Efectivamente, el logos es la palabra griega para sentido (Indinger, 2010) para el inglés, mientras que en español se aproxima más a la idea de razón. Es decir, la intención de su creador era desarrollar una propuesta de intervención terapéutica orientada al desarrollo del sentido de vida, como fuente de bienestar humano y medida de afrontamiento al sufrimiento.

Por ello analiza el rol de la espiritualidad como fuente de sentido, que permite orientar la acción, así como la conciencia, el autodistanciamiento, el humor y efectivamente la autotrascendencia. Es la motivación del ser humano que lo moviliza en la búsqueda del sentido. Son tres fundamentos en los cuales se basa: en primer lugar, la libertad de la voluntad, en segundo la búsqueda intencional del sentido y en tercero el sentido de vida (Indinger, 2010).

La espiritualidad, desde la logoterapia, se presenta como el cofre del tesoro. Sus fuentes son la búsqueda intencional del sentido, como el motor inicial que empuja a la persona hacia adelante; la orientación a la tarea, tanto a corto como largo plazo, autodeterminadas, para avanzar; la conciencia, como la capacidad de reconocer la dirección del sentido del momento. En otras palabras, la espiritualidad es la fuente de donde proviene el sentido de autotrascendencia del humano, que le incentiva a la búsqueda y construcción del sentido para la acción con intención, sobre lo cual el sujeto tiene pleno conocimiento.

El autodistanciamiento, como se comentó anteriormente, es también una de las capacidades precisamente humanas, como la habilidad de mirarse a sí mismo desde afuera; el humor, como una práctica concreta del autodistanciamiento, que permite reconocer lo divertido o extraño del propio comportamiento, que puede facilitar la búsqueda de sentido (Indinger, 2010).

La autotrascendencia, como una de las fuentes de la espiritualidad, se corresponde con la esencia de la existencia (Frankl, 1988 en Indinger, 2010). Para la autora, Frankl pretende reconocer la capacidad humana de ir más allá del foco en el propio ego, de las preocupaciones centradas en el propio bienestar y en la capacidad de direccionar la acción a algo más allá en el mundo. Esto no conlleva, necesariamente, un sentido de superioridad, sino en el sentido cotidiano.

Es el ejercicio de actuar por algo más que es importante para uno, más allá del propio yo; no implica olvidarse de los intereses personales, sino superarlos, trascenderlos, permitiendo que se incluyan dentro de ellos, los intereses de otros. De esta forma se vuelve más humano, lo cual le aproxima a la felicidad. La autotrascendencia es esta voluntad de sentido más allá del propio yo (Noblejas de la Flor, 2018).

Autotrascendencia en las teorías de la personalidad.

Los desarrollos de las teorías de la personalidad consideran a la autotrascendencia uno de los factores de personalidad. Existen distintos abordajes sobre esta hipótesis: la psicobiológica de Cloninger (1993, 1994) y la de los Cinco Factores de Personalidad, que propone a la trascendencia espiritual como el sexto factor de este modelo (Piedmont, 1999).

El modelo propuesto por Cloninger cuenta con una perspectiva psicobiológica, puesto que considera que uno de los factores de la personalidad (el temperamento) es innato. Su teoría propone que la personalidad está estructurada y se desarrolla sobre dos dimensiones: temperamento y carácter (Cloninger, 1993, 1994).

El temperamento cuenta, a su vez, con cuatro dimensiones: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia a las recompensas y persistencia. Estas características tienen un factor de heredabilidad, que se manifiesta en momentos tempranos de la vida. En ellos se expresan los sesgos preconceptuales de la memoria

perceptiva y la formación de hábitos (Cloninger, 1993).

El autoconcepto se modera por medio de las experiencias a través del desarrollo vital, que concluye en el carácter. El carácter se corresponde a otras dimensiones: la autodirección, como el nivel de autonomía individual; la cooperatividad, como la percepción de ser parte integral de la humanidad; y la autotrascendencia, como el sentimiento de ser parte integral del universo como un todo (Cloninger et al., 1993).

Este modelo es, por lo tanto, uno de los primeros en incorporar la espiritualidad, a través de la autotrascendencia, como un factor que incide en la personalidad (Piedmont, 1999). Aun así, se encuentra en discusión sobre la base neurológica de esta teoría, no pudiendo confirmarse una relación entre el comportamiento de los neuroreceptores de dopamina y transportador ligado a la serotonina con el comportamiento psicológico analizado, para el caso la búsqueda de sensaciones y la evitación del daño respectivamente (Herbs et al., 2000).

El modelo de los cinco factores (FFM) establece cinco dimensiones de la personalidad: apertura, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo (Costa y McCrae, 1980 en Simkin y Azzollini, 2015). Este modelo es, en la actualidad, uno de los más robustos en la explicación y descripción de los rasgos de personalidad, contando con evidencia tanto en términos transculturales como de género (McCrae, 2009).

Asimismo, existe un profundo debate si dichos cinco factores son exhaustivos de todos los rasgos de la personalidad. Así, en el año 1999, Piedmont propone a la trascendencia espiritual como un sexto factor (Piedmont, 1999). Ante ello surge la pregunta sobre si efectivamente la espiritualidad se vincula con la personalidad. Sin embargo, existe evidencia que vincula la autotrascendencia desde la teoría de psicobiológica con el factor de apertura (McCrae, 2009) relacionado con lo que parece ser una apertura a la experiencia espiritual.

La espiritualidad, en este marco, podría tratarse del sexto factor, en tanto es la motivación que orienta el comportamiento hacia la construcción de un sentido personal más amplio, ligado a la existencia (Piedmont, 1999; Simkin y Azzollini, 2015).

Esto fue presentado por Piedmont (1999) cuando propuso que la trascendencia espiritual como independiente al FFM, señalando el valor de la espiritualidad como factor predictor de ciertos resultados psicológicos.

Esta afirmación es verificada no solo en el estudio de Piedmont (1999) sino en los resultados de Levenson et al., (2005), donde indica las correlaciones positivas entre autotrascendencia y extraversión, apertura y amabilidad, mientras que neuroticismo y alineación fueron negativos. Asimismo, la intensidad moderada de las relaciones indica que la autotrascendencia no es un rasgo de personalidad, y que es más bien un constructo independiente de ellos.

De lo anterior, se puede afirmar que la autotrascendencia es abordada desde distintas perspectivas teóricas, siendo un concepto capaz de describir aspectos de la personalidad desde las teorías de la personalidad, o un factor que, de producirse en las personas, mejora su calidad de vida, en tanto es capaz de promover una acción humana con sentido que excede los intereses individuales únicamente. Ella permite poner en acción los recursos personales con un fin: este fin, que en la autotrascendencia no se corresponden con uno individual, y que consiste en el propósito de vida.

2.2. Propósito de Vida

2.2.1. Historia del concepto

El sentido de la vida es una preocupación humana histórica, la cual fue inicialmente analizado por la filosofía. La psicología cuenta con su exponente en Frankl, cuando publicase su primer libro: El hombre en busca del sentido. La primera publicación fue realizada en el 1946, traducido al inglés como "Fr*om Death-Camp to Existentialism*" en 1955, con una orientación psicológica logo terapéutica y del análisis existencial; luego, en la edición de Beacon Press del 1959 se suma su experiencia en distintos campos de concentración y su articulación con la logoterapia, esta edición cuenta a su vez con un prólogo de Allport.

Efectivamente la logoterapia es una perspectiva existencialista; este proceso terapéutico muchas veces era iniciado por Frankl con la pregunta ¿por qué no te has quitado la vida? (Allport, en Frankl, 1964). Esta pregunta se vincula profundamente con la idea de Frankl que la neurosis de la época ya no era la histeria ni otro tipo de psicopatología conocida hasta el momento, sino una neurosis noógena, producto de la falta de sentido de vida, de la cual su principal síntoma era el aburrimiento (Frankl, 1964; Crumbaugh y Maholick, 1964).

La importancia de esta variable para la logoterapia tuvo como conclusión la elaboración de dos instrumentos: en primer lugar, el *Purpose in life test* (PIL), el desarrollado bajo la guía de Frankl, por los autores Crumbaugh y Maholick, en 1964. Este tenía por objetivo reconocer si efectivamente la neurosis noógena planteada por Frankl se encontraba presente en la población analizada. La conclusión de la producción y análisis de este instrumento concluye en que, efectivamente, la pérdida del propósito de vida es fuente de malestar psicológico excluyente de otras formas de patología conocida hasta el momento (Crumbaugh y Maholick, 1964).

Más tarde se desarrolla el SONG *Seeking of Noetic Goals test*, test de Búsqueda de metas noéticas, el cual es otro de los instrumentos que responde al constructo de propósito de vida (PDV) así como se genera desde la logoterapia. Esta pretende ser una escala complementaria al PIL, enfocado en explorar la intención del sentido. Desarrollado por Crumbaugh (1977) tiene como interés la creación de un instrumento capaz de evaluar el interés o la intencionalidad de la búsqueda del sentido; esto se vincula con la propuesta de Crumbaugh que las personas que no cuentan con un sentido de vida establecido estarán mucho más motivadas para satisfacer esta necesidad. Ambos instrumentos, de acuerdo con el autor, permitirán reconocer el logro psicoterapéutico a través de su administración pre-post.

En la biografía de Frankl (Langle, 2000) se sustenta que la responsabilidad es siempre responsabilidad ante un sentido, cerrándose el circuito que va del Análisis existencial a la Logoterapia.

Los desarrollos posteriores sobre el propósito de vida estuvieron ligados a la idea de bienestar. Sin embargo, esta idea no fue planteada por Frankl, puesto que consideraba que no estaban necesariamente vinculados (Frankl, 1963 en McKnight y Kashdan, 2009), dado que puede haber personas que se perciban saludables y con bienestar que no promueven el propósito de vida.

La propuesta del bienestar psicológico de Ryff es producto de una crítica y, luego, una revisión de los constructos que han sido formulados hasta el momento en la operacionalización del bienestar. Estas variables son: la autoaceptación, las relaciones positivas con otros, la autonomía, el dominio ambiental, el propósito de vida y el crecimiento personal.

PDV, desde esta perspectiva, se entiende como un precursor del bienestar

psicológico. Así, su comprensión, así como el sentido de dirección y la intencionalidad que este provee, permitiría darle sentido a la propia experiencia a través de sucesivas metas de la vida (Ryff, 1989). Esto conllevó que Ryff y Keyes (1995) produzcan un instrumento específico que evalúa estas seis dimensiones, donde específicamente la de propósito de vida es un factor que se interpreta en dos sentidos: existen metas en la vida que proveen un sentido de dirección, sensación se sentido en la experiencia presente y pasada, creencia que atribuye propósito de la propia vida, y la búsqueda de objetivos y metas para la vida; por el contrario, existe una ausencia de sentido de vida, pocos objetivos y metas, y falta de sentido de dirección, tampoco se ve propósito en la experiencia pasada y no se cuenta con perspectiva de desarrollar una creencia que dé sentido a la vida (Ryff y Keyes, 1995). Esta perspectiva del propósito de vida como uno de los seis factores se conoce como el Modelo multidimensional del bienestar psicológico (Ryff, 1989).

McknNight y Kashdan (2009) proponen entender el PDV con tres dimensiones y no solo en términos bidimensionales. Estas dimensiones son tres continuos de alcance, fuerza y conciencia sobre las cuales el PDV puede ser analizado.

El alcance es el sentido más ubicuo del PDV, en el sentido que, al ser un aspecto central de la identidad de la persona, esto la influencia a seguir avanzando a través de acciones, pensamientos y emociones, hacia el PDV (MckNight y Kashdan, 2009).

Este determina el punto en el cual el PDV interviene en las acciones que realiza en sujeto, bajo distintas condiciones y contextos. Es, por lo tanto, lo que organiza la acción y la que da sensibilidad al contexto. Un alcance más amplio estaría menos organizado, pero también tendría más capacidad de influenciar la conducta en varios contextos (MckNight y Kashdan, 2009).

La fuerza es la tendencia con la cual el PDV influencia los pensamientos, las emociones y la conducta. Mientras más fuerte el propósito, de forma más poderosa actuará sobre las conductas relevantes. Esta dimensión y el alcance son las que más impactan en el bienestar de la persona, puesto que mientras más alcance y más fuerza, más orientadas e intencionales serán las acciones, lo cual beneficia a la persona, por ejemplo, mejorando la resiliencia (MckNight y Kashdan, 2009).

La conciencia, por último, es cuánto nota y articula su propósito la persona en su vida cotidiana. Mientras más consciente sea de su propósito, será más sencillo traducirlo

a metas que se volverán acciones intencionales. Asimismo, el alcance y la fuerza influencian la conciencia, puesto que a cuantos más contextos y acciones se encuentre presente el propósito, más conciencia tendrá la persona de su orientación (MckNight y Kashdan, 2009).

Sin embargo, la acción puede estar guiada por el propósito sin que la persona necesariamente lo note. Este punto es relevante dado que es un indicador de cuán integrados están los objetivos a la personalidad, los cuales se activan y se consiguen con indicadores del contexto.

Asimismo, mientras más integrados estén estos objetivos a la personalidad, más bienestar se percibe, frente a los casos de personas que tienen fragmentado sus objetivos de su identidad (MckNight y Kashdan, 2009).

La interrelación entre estas tres dimensiones da cuenta de un aspecto cognitivo del propósito que puede ser interpretado como un marco arquitectónico. Las memorias y los aprendizajes se integran a este marco y se articulan con el propósito; la atención sobre las variables ambientales y del contexto se sensibilizan en relación con los objetivos; la conducta se modula en base a este marco; y los pensamientos y mociones se asocian congruentemente con el propósito y la actividad que propone. Por lo tanto, cuando uno de estos aspectos se activa, como en red, los otros nodos también lo hacen (MckNight y Kashdan, 2009).

La conciencia, de esta forma, disminuye la carga y el agotamiento cognitivo puesto que simplifica este proceso. Esto permite a la persona variar de una conducta, pensamiento o emoción a otra sin sobrecarga y/o malestar, con mayor facilidad y con un sentido de congruencia (MckNight y Kashdan, 2009). Es así como la conciencia podría fortalecer los efectos protectores de la salud y el bienestar del PDV (MckNight y Kashdan, 2009).

Por último, es pertinente señalar la diferencia entre sentido de vida y propósito de vida; esta discusión está presente en distintos momentos del desarrollo conceptual histórico del concepto (McKnight y Kashdan, 2009). Es este debate lo que dificulta un seguimiento pormenorizado del concepto a través del tiempo, puesto que ambas categorías conceptuales pueden divergir o no, y ser utilizadas como sinónimos del mismo constructo y operacionalizada de forma similar (McKnight y Kashdan, 2009).

En el presente estudio, se prefiere el concepto del PDV porque se refiere de forma más precisa a un fin el cual, luego, provee de sentido a las experiencias. Esta forma de entenderlo, como se verá, se corresponde a una perspectiva humanista.

2.2.2. Conceptualización y posturas teóricas

El propósito de vida es un proceso cognitivo que define los objetivos de vida y le provee de un sentido personal" (McKnight y Kashdan, 2009). El propósito de vida (PDV) es la capacidad humana de encontrar el sentido a las experiencias y el establecimiento de metas significativas para la propia vida (Simkin, 2016 en Irurzun y Yaccarini, 2018).

Esto se vincula a las acciones orientadas al cumplimiento de una meta o un logro basado en los valores personales del individuo; se refiere también a la intencionalidad de desarrollar las habilidades las potencialidades personales, en la búsqueda del crecimiento continuo; por último, se considera un factor personal que permite afrontar momentos y sentimientos de tristeza y desesperanza, promoviendo la voluntad de vivir (Irurzun y Yaccarini, 2018).

En otras palabras, el PDV es una construcción personal condicionado por las experiencias personales y que se renueva en cada etapa de la vida; este permite darle sentido a la experiencia humana y orienta el accionar en la vida cotidiana de las personas (Preuss, 2019).

De esto se deriva que es una construcción que se realiza a través de la vida; esto se confirma cuando se verifica que la edad es una variable que impacta en la presencia el propósito de vida. Su rol se vuelve más evidente hacia la senectud, en donde es una variable protectora de la salud desde una perspectiva integral en la vida de las personas mayores, reduciendo el riesgo de morbimortalidad en esta población (Hill y Turiano, 2014).

Por esto mismo, el propósito de vida se configura de acuerdo con la etapa vital y se modifica a través de las experiencias que se van teniendo a través de la propia vida. Su construcción no depende de características demográficas y se ha confirmado de forma independiente a la educación recibida (Irurzun y Yaccarini, 2018).

Así, se considera una característica esencial para la salud mental (Pinquart, 2002). Se ha confirmado que es más fuerte en poblaciones adultas, con una importante

asociación a la integración social. Asimismo, un nivel elevado de PDV correlaciona con mejor salud, con mayor competencia para el desempeño de las actividades de la vida diaria, y se ha relacionado con un mejor devenir y estatus socioeconómico, así como estar empleado y estar casado (Pinquart, 2002). Todos estos aspectos se relacionan con el bienestar psicológico y con niveles leves de sintomatología depresiva.

El PDV modula la resiliencia (Irurzun y Yaccarini, 2018). Esto puede suceder así porque el sentido que se le otorgue a la experiencia vital le provee de perspectiva a las victorias y a las derrotas, a las fortalezas y debilidades, ampliando la mirada sobre el propio aprendizaje, proyectado hacia un futuro que se espera sea favorable, aún en circunstancias desfavorables.

Su presencia provee de un marco de sentido a la experiencia de la vida cotidiana. Esto organiza no solo la experiencia, sino las acciones y la conducta: para aproximarse a él, el sujeto genera objetivos y metas que paulatinamente va alcanzando, que conllevan la necesidad de nuevos aprendizajes y apertura a la incertidumbre, y de poner a su servicio esfuerzos y recursos (Cazabonne, 2019).

Es por esto, justamente, que se observa que las personas con PDV son más resilientes a los obstáculos y al estrés, puesto que su presencia (la de un obstáculo o de una vivencia dolorosa) cobra sentido en el marco de un proyecto de vida a largo plazo; es producto de la exposición abierta al mundo que conlleva un riesgo intencionalmente asumido (Cazabonne, 2019).

Por lo que el PDV puede ser considerado como un factor que modera la experiencia vital individual en la incertidumbre y el caos o como la intención personal estable a través del tiempo de lograr vivencias significativas, para sí mismo y para el mundo (Irurzun y Yaccarini, 2018). La claridad sobre el PDV permite a las personas valorar y evaluar de forma objetiva los resultados de sus experiencias, aún aquellas ligadas a afectos negativos.

Para Frankl (en Cazabonne, 2019) el PDV es la responsabilidad con la propia existencia. Esta atribución a la propia vida es construida por la persona a través de sus experiencias, es una búsqueda intencional y motiva al individuo a seguir adelante con la vida de forma más consciente. Se genera en la vivencia cotidiana y es lo relevante y lo esencial para la vida diaria de esa persona (Cazabonne, 2019).

Varios estudios buscan confirmar la relación entre el PDV con los rasgos de personalidad. Así, las puntuaciones altas en instrumentos como la Escala de Propósito de Vida (PIL) correlaciona con más extraversión, la responsabilidad y la amabilidad de forma positiva, y de forma negativa con neuroticismo (Cazabonne, 2019).

Esto sucede porque la apertura a nuevas experiencias es parte de la acción responsable con la propia vida; es la actitud intencionada de desarrollar las propias capacidades y habilidades, con expectativas esperanzadoras sobre el futuro, lo que podrían mejorar y contribuir en la construcción del PDV personal y dan cuenta su función. Esto impactaría de forma negativa en el neuroticismo, puesto que se asocia a emociones negativas y a la inestabilidad emocional (Halama, 2005 en Cazabonne, 2019). Esto, a su vez, podría dar cuenta de por qué las personas, aún pese a experimentar momentos de alto estrés, han desarrollado mayor resiliencia (Cazabonne, 2019).

Como tal, el PDV no puede ser logrado, no es el resultado final de una serie de objetivos o metas satisfactoriamente resueltas. Sino que es un horizonte que le permite dar sentido a la vivencia a través del tiempo y del contexto. De esta forma, es más sencillo poder afrontar la expectativa del sufrimiento o dificultades extendidas en el tiempo, puesto que se tiene la creencia de que responde a una misión más extensa, que es transversal a la propia vida (Cazabonne, 2019).

El movimiento continuo que incentiva el PDV es una fuente de bienestar, así como satisfacción con la propia vida, serenidad y *mindfulness (*Kashdan y McKnight, 2009). Este compromiso cotidiano pone en perspectiva las vivencias dolorosas o difíciles, de forma tal que también son percibidas como transitorias.

Se vincula profundamente con los valores personales, puesto que es la expresión conductual y cognitiva diaria de estos valores. Esta práctica diaria permite reconocer el proceso por el cual se desarrolla el propósito de vida. Así, para Kashdan y McKnight (2009), el resultado del PVD es la interacción de varios ingredientes iniciales con operaciones y configuraciones diversas.

El temperamento para la evitación y la aproximación es un factor biológico fundamental; siendo que existe evidencia que relaciona los sistemas de motivación y recompensa con el PVD: el Sistema Conductual de Aproximación (BAS) y el Sistema Conductual de Inhibición (BIS) (Kashdan y McKnight, 2009). El primero de ellos, el BAS, actúa por la sensibilidad a las recompensas y moviliza los recursos personales en

su búsqueda; por el contrario, el BIS se corresponde a la sensibilidad del peligro, la amenaza y el castigo, lo cual inicia las conductas de evitación del riesgo.

El siguiente factor consiste en los objetivos auto concordantes. PVD se vincula con los valores y es su expresión diaria en acciones y conductas. Los esfuerzos cotidianos señalan la profundidad y la importancia de estos valores que dan cuenta de su auto concordancia. Los objetivos auto concordantes son el epítome de la autodeterminación (Kashdan y McKnight, 2009) y se relacionan con los esfuerzos a través del tiempo, siendo más importante el proceso que el objetivo en sí mismo. Requiere, para ello, una comprensión de las fortalezas y debilidades propias, así como los intereses y valores más profundos; a su vez, le antecede una práctica de exposición a nuevas experiencias y aprendizajes que redunden en este autodescubrimiento. La autoexpansión, los desafíos, la curiosidad son oportunidades para expandir el propio yo, clarificando y fortaleciendo los valores e intereses preexistentes, o la construcción y ampliación de ellos (Kashdan y McKnight, 2009).

Los intereses y los valores pueden estar conectados en distintos niveles con los elementos de la narrativa de la propia vida; así, pueden ser considerados un aspecto de la personalidad o la identidad, cercanos al núcleo de la propia identidad, mientras que otros pueden ser aspectos más tangenciales y periféricos a la experiencia vital. Así, el PVD es un interés apasionante, profundo, pero eso no conlleva necesariamente que todos los intereses apasionantes sean PDV. De aquí su rol en el desarrollo personal, profundizando la autoexploración y el autoconocimiento (Irurzun y Yaccarini, 2018).

Estos ingredientes según Kashdan y McKnight (2009) son los que guían a la persona a conocer y afirmar los intereses y los valores, sus pasiones, y son el punto intermedio para el desarrollo del PDV. Los autores plantean que, luego, se abren tres caminos para el desarrollo del PDV. El primero de ellos, el proactivo, que conlleva un esfuerzo constante que tiene como resultado el propósito luego de un proceso de refinamiento y clarificación. El segundo proceso es reactivo, que conlleva la transformación de un evento de la vida donde el propósito emerge como herramienta para proveer de claridad a la vida de la persona. El tercer proceso es el aprendizaje social, es la generación por medio de la observación, la imitación y el modelado (Kashdan y McKnight, 2009).

Esta característica del PDV, ligada a los valores y la intencionalidad diaria de

aproximarse a ellos, se contradice con la centralidad del materialismo. El materialismo es el deseo constante de tener más pertenencias, objetos o dinero (Yaccarini y Furman, 2017); al igual que el PDV, es un horizonte al cual no se llega, puesto que no es posible de ser satisfecho.

El PDV como esta conducta basada en valores se asocia a la trascendencia de lo material, a lo frugal. Por el contrario, el materialismo puede ser un horizonte que, en lugar de satisfacción y bienestar con la vida, genera frustración existencial, confirmándose esta relación en un análisis de la literatura científica (Yaccarini y Furman, 2017).

EL PDV modula el bienestar psicológico. Esto ha conllevado a su integración en distintos modelos teóricos. Uno de ellos es el de Ryff (1995). Para ella, la autoaceptación, las relaciones positivas con otras personas, la autonomía, el dominio ambiental, el crecimiento personal y el propósito de vida son aspectos claves que sintetizan este modelo.

El Propósito de Vida (PVD), como dimensión del bienestar psicológico, es definido por esta autora, como la presencia de objetivos y metas en la vida con una sensación de dirección, así como la sensación de un sentido para la experiencia presente y pasada; asimismo, se mantiene la creencia que le da propósito a la vida y se buscan objetivos y metas para la vida. Por el contrario, esta dimensión se encontraría deteriorada en caso de la ausencia del sentido de vida, la falta de objetivos o metas, con la pérdida o ausencia de una sensación de dirección; no se ve sentido en la vida pasada y no hay perspectivas ni creencias que le provean a la vida un sentido (Ryff, 1995).

Bundrick (2011) buscó verificar esto, a través de la reflexión y la discusión de los valores centrales, los objetivos de vida, así como de los beneficios del propósito para la satisfacción con la vida. Sus resultados son muy interesantes, puesto que trabaja con estudiantes jóvenes: el trabajo guiado y comprometido sobre el PDV puede mejorar indicadores sobre la satisfacción de vida y se le pueden atribuir cambios parciales sobre la dirección de los objetivos de vida (Bundick, 2011). Esto redunda en el rol del propósito de vida como factor que incide en la salud mental indistintamente del grupo etario.

Se identifica una variable que conlleva la acción intencionada y responsable del sujeto sobre su propia vida y experiencia, apegada a los valores, que permite darle

sentido a la experiencia y, por medio de ello, afrontar el sufrimiento y el dolor propio de la vida misma (Shin y Steger, 2014).

Como tal, tiene una función auto-organizante de la narrativa de la propia vida, de la vida con otros y del universo (Shin y Steger, 2014). Esta función provee de comprensión que permite integrar las experiencias en la narrativa de la propia vida, a través de los eventos que cobran sentido por sí mismo y entre ellos (Steger, 2009; Shin y Steger, 2014).

Esta cualidad de autoorganización del propósito de vida puede ser entendida como un concepto psicológico de alto nivel, en el sentido de que provee de una explicación al bienestar de ciertas personas a largo plazo. Distinto del caso de constructos de bajo nivel, que se refieren a disposiciones personales o fortalezas (Kashdan y McKnight, 2009).

Esta forma de conceptualizar el propósito de vida tiene el interés de aproximarse a una operacionalización para una evaluación directa de sus cualidades y características; de esta forma, se puede analizar su desempeño actual en la vida diaria de la persona (Kashdan y McKnight, 2009). Aun así, no existen instrumentos actuales que permitan este tipo de exploración, la cual podría generar información sobre cómo se comporta esta variable en términos de causas, correlaciones y consecuencias (Kashdan y McKnight, 2009).

Esto ha dificultado la comprensión de cómo se construye el propósito de vida. Es decir, cómo se transforma un interés de “pasajero” a algo que provee de sentido a la propia experiencia (Steger et al., 2008). Sin embargo, esto no ha limitado las propuestas de intervención con interés de desarrollar el propósito de vida. Su relevancia está en su valor motivacional: el propósito de vida promueve la acción intencional, es fuente de la fuerza humana que incentiva la actividad hacia el horizonte del sentido de vida, proveyéndolos de valor a la experiencia (Steger et al., 2008).

En este sentido, se podría esperar que esta actividad es natural para el psiquismo, en términos de una aproximación constante al bienestar y la salud, en la búsqueda de oportunidades y desafíos que pongan en juego las fortalezas y debilidades personales, para la comprensión y organización de la experiencia subjetiva (Stager et al., 2008). Aun así, no todas las personas con vidas satisfactorias, bienestar y salud desarrollan el propósito de vida.

Por un lado, esto conlleva el análisis de dos procesos distintos: la búsqueda del sentido de vida y la presencia del sentido de vida (Stager et al., 2008). Por un lado, el contar con un propósito de vida es una cualidad psicológica deseada, lo cual promueve activamente la búsqueda y el establecimiento de uno. Así, cuando las personas perciben un sentido limitado sobre sus vidas o cuando consideran que están perdiendo el sentido, tomarán medidas para buscarlo y/o restablecerlo (Stager et al., 2008).

De acuerdo con Miclea y Kallay (2007) encontrar sentido a la vida en aquellos pacientes cursando una enfermedad amenazante reforzaría el proceso adaptativo y contribuiría a una mejor calidad de vida. Insistimos en ubicar a la persona confrontada con una enfermedad grave o crónica ya que la percepción de satisfacción con la vida es diferente del de aquellas personas que se encuentran en salud.

Los estudios de Wong y Fry (1998) que describen tanto cambios cognitivos como actitudinales en pacientes con cáncer y una mayor apreciación de la vida que antes del diagnóstico. Los estudios recorridos relacionan positivamente el sentido de vida con la percepción del bienestar subjetivo y Miclea y Kallay (2007) hallaron que quienes no encuentran dicho sentido vital tienden a la falta de compromiso, a la pasividad y aun comportamiento desadaptativo en el enfrentamiento de situaciones difíciles.

Parece estar moderado por ciertas características psicológicas; las personas con fortalezas psicológicas, aún a pesar de percibir la pérdida del sentido global de sus vidas, no necesariamente iniciarán un proceso de búsqueda de sentido. En cambio, para el caso de personas con vulnerabilidad psicológica, esto sucede a la inversa: en estos casos, la búsqueda y establecimiento de sentido será mucho más intensamente determinado (Stager et al., 2008).

2.3. Centralidad del evento

2.3.1. Historia del concepto y antecedentes teóricos

La centralidad del evento empieza a ser estudiada por el importante rol que se atribuye a las memorias autobiográficas y en relación con la narrativa personal de la propia vida. Así, varios estudios han confirmado la presencia de un tipo de memoria autobiográfica específica, especialmente vívida, con relación a la cual se estructura la narración de la propia vida y le provee de sentido. Las referencias sobre este tipo de

memorias se remiten a la década de los finales de los 80' y los 90' del siglo pasado, con los desarrollos de Pillemer (1998, 2003) y Robinson (1992), aunque se encuentran menciones previas.

El rol de la memoria en la construcción de la propia identidad ha sido afirmado por varios autores en el pasado; puntualmente para el caso de la memoria autobiográfica, Fitzgerald (1988). La identidad se construye de forma narrativa y no declarativa (Fitzgerald, 1988). Es decir, no es una secuencia de rasgos, atributos o roles, sino que se conforma por historias y cuentos que producen una narración coherente sobre la experiencia de la propia vida.

Esta narrativa provee de sentido y aplicaciones a los sucesos, e involucra la acción constante de reflexionar sobre los eventos, tratando de activamente entenderlos, construyendo una estructura en la cual incluirlos e integrarlos, para dar cuenta de sus antecedentes y consecuentes (Fitzgerald, 1988).

Asimismo, la memoria autobiográfica está construida de recuerdos de eventos desde una perspectiva “dentro del cuerpo” y desde la perspectiva del observador, con distintos niveles de implicación emocional y de revivencia sensorial (Berntsen y Rubin, 2006b).

Son los recuerdos vívidos de ciertos eventos los que se resaltan en la narración coherente de la historia de vida. Específicamente Pillemer (1998) considera este tipo de memorias como una referencia en la historia personal, que se describe por su importancia, brevedad y definición. Por lo que son dichos eventos, esos episodios específicos los que tienen la capacidad de modificar la forma en la cual se construye la narrativa de la propia vida, y redireccionar la orientación del sentido de vida.

De esta forma, este evento tiene capacidad explicativa de las decisiones, los valores y los actos que la persona realiza luego. Por esta razón tiene la capacidad de actuar como un fenómeno de punto y aparte, volver a empezar, en la narrativa sobre la historia de vida, es decir se comporta como un cierre y el inicio de un capítulo (Pillemer, 1998) en ella.

Los aportes de Shum (1998) son en relación con su concepto de *landmark* como marca en el terreno o punto de referencia. La idea de punto de referencia tiene dos funciones: por un lado, por su asociación con la idea de espacio y que, efectivamente,

los puntos de referencia en los territorios suelen ser singulares y memorables; y, por otro lado, tienen la característica que actúan como puntos de fijación o anclas para las personas, respecto del cual se organiza el resto del conocimiento sobre la localización y se estructuran las representaciones del área. Estos dos puntos señalan el sentido en el cual se utilizan los puntos de referencias para el caso de las memorias autobiográficas.

Por lo que estos puntos de referencia tienen ciertas características particulares dentro de la memoria humana, puesto que difieren en varios sentidos con otros tipos recuerdos. Al ser parte de la memoria autobiográfica, la organizan en tanto influyen en la consolidación y recuperación de las archivadas. Estos recuerdos actúan como un sistema que estructuran este tipo de memorias; es personal, puesto que las referencias son en primera persona respecto de las experiencias vividas; y este sistema a su vez modifica la selección de nuevas memorias autobiográficas que tienen esta cualidad de referencia (Shum, 1998).

Hasta ese momento, no existían investigaciones que preguntaran directamente sobre estos eventos que se volvieron punto de referencia (Shum, 1998); generalmente se les solicitaba a los participantes que recuperaran memorias especialmente vívidas y accesibles, pero no se exploraba su relación con la memoria autobiográfica y menos aún como marcas en su historia de vida. Efectivamente esta afirmación se realiza el mismo año en el cual se publica el libro de Pillemer (1998).

Los estudios de Shum (1998) señalan una prevalencia de eventos punto de referencia en la segunda y tercera década de vida; asimismo, señala que tienen características en común: tienen una alta importancia personal, así como emocionalidad y su valencia es positiva, es decir son sucesos placenteros. La emocionalidad y el placer relacionado al evento no se modifican con el tiempo, mientras que la importancia personal sí cambia con el tiempo. Sin embargo, el autor refiere al estudio de Wagennar (1992, citado en Shum, 1998) donde se considera que también existen "puntos de referencia" displacenteros en la memoria autobiográfica cuando este evento contradice el autoconcepto y la autoimagen. Si bien este punto no es más desarrollado en este análisis (Shum, 1998), sí es un aspecto que se analizará en estudios futuros, en relación con la centralidad del evento, como se verá.

Como se viene analizando, en general la memoria autobiográfica tiene un sesgo feliz. Esto lo afirman Walker et al. (2003) en su revisión sistemática de la bibliografía

sobre la memoria autobiográfica. Esto tiene como consecuencia que las personas recuerdan con más claridad los eventos positivos.

Consideran que existen dos fuentes de este sesgo. En primer lugar, es la propia percepción personal placentera de los eventos. En segundo lugar, es el efecto del desvanecimiento del valor afectivo de la memoria, dado que las emociones asociadas a la memoria displacentera decaen más rápido en comparación con las memorias placenteras. Por medio de estos dos sesgos las personas pueden afrontar eventos dolorosos y trágicos, conectarse y disfrutar momentos felices y avanzar hacia el futuro (Walker et al., 2003).

La forma de selección de estos eventos que se incorporan a la memoria autobiográfica se encuentra en debate. Así, Berntsen y Rubin (2004) plantean que existe un guion cultural que se comparte a nivel de estructura cognitiva que influye en la consolidación de ciertos tipos de recuerdos de eventos y su incorporación en la narrativa de la propia vida.

Esto se vincula a la carga emocional que se le atribuye al evento en las pautas culturales establecidas y aprendidas. Así, los sucesos que se les atribuyen una importante carga emocional positiva eran más recordados tales como egresos, promociones, primeras citas o primer beso. Estos eventos suelen ser experimentados reconociendo su valor emocional y la alta probabilidad de que luego sean detalladamente recordados; asimismo, son referenciados como eventos meta en la vida de las personas, es decir que cuentan con una prioridad dentro de la jerarquía de intereses de los sujetos (Berntsen y Rubin, 2004).

En términos de los autores, esto se corresponde con sucesos que son coherentes con el guion de vida altamente espectado y culturalmente pautado como eventos de transición. Estos eventos incluidos en el guion de vida tienen un sesgo positivo, sobre todo en los períodos desde la infancia hasta la juventud y en estas etapas se encuentran más definidos (Berntsen y Rubin, 2004). Esto es coherente con lo hallado por Shum (1998), que señala que la mayoría de los eventos que funcionan como punto de referencia son de la segunda y tercera década de vida.

El recuerdo de los eventos negativos o estresantes y su integración a la memoria autobiográfica es fuente de profundo debate; del cual se genera la Escala de Centralidad del Evento de Berntsen y Rubin (2006a).

El deterioro en el recuerdo de eventos estresantes es una característica de la memoria autobiográfica (Walker et al., 2003); es decir, no son recordados de forma clara y vívida en general. Esto sucede producto del sesgo al recordar eventos positivos y coherentes con las metas personales y el guion cultural (Walker et al., 2003; Berntsen y Rubin, 2004).

Sobre este punto existe un desacuerdo; por un lado, existe una línea de investigación que plantea que el recuerdo de eventos traumáticos no se integra a la narrativa de la memoria autobiográfica, es decir que se encuentra fragmentada. Esto se corresponde a la dificultad asociada al procesamiento del evento, considerando que el TEPT es un trastorno de la construcción de la memoria autobiográfica y del procesamiento incompleto de la memoria traumática (Berntsen et al., 2003).

Por otro lado, y, sin embargo, efectivamente existen personas que sufren producto de sus memorias traumáticas. A este sufrimiento se lo atribuye como producto de un recuerdo defectuoso, que se encuentra fragmentada y no integrada una narrativa coherente de eventos que conforman la memoria autobiográfica. Justamente sobre este punto se desarrolló una importante parte del debate sobre la relación entre los recuerdos traumáticos, su integración en la memoria autobiográfica y su rol como punto de referencia. Es en este marco donde se inserta la preocupación de Berntsen y Rubin (2006a) sobre cómo se configuran estas memorias traumáticas en la narrativa de la propia vida. Así, existe evidencia de que las memorias traumáticas están integradas en la memoria autobiográfica, con detalles y de forma vívida, con baja intensidad emocional (Porter y Birt, 2001). Es decir, eran accesibles, no fragmentadas, y no presentan grandes diferencias que otro tipo de memorias sobre eventos positivos o agradables. Efectivamente las personas que sufrieron hechos altamente estresantes, suelen recordarlos más frecuentemente (Berntsen y Rubin, 2006a).

Esta evidencia contradice la idea de que las memorias traumáticas no se encuentran integradas en la memoria autobiográfica y de allí se producen las consecuencias que se traducen en la sintomatología del TEPT. Entonces los eventos negativos pueden volverse un punto de referencia en la historia de vida del sujeto; esto dependerá de varios factores, entre los cuales los autores hipotetizan sobre los recursos para el afrontamiento o, también, la transgresión que realice respecto del guion cultural o las metas esperadas de vida (Rubin et al., 2004). Esto es coherente con lo planteado una década antes por Wagennar (1992, citado en Shum, 1998), donde analiza los eventos

vívidamente recordados cuando son displacenteros; esto sucede al tratarse de hechos donde el sujeto tiene responsabilidad y atentan contra la imagen personal y el autoconcepto.

Los eventos negativos son recordados con especial precisión y son fácilmente accesibles para la recuperación. Esto se puede deber, como se dijo, a los limitados recursos a la hora de afrontar situaciones estresantes o dolorosas, distinto a lo que sucede con la mayoría de la población que sí contaría con estrategias de afrontamiento adecuadas (Walker et al., 2003).

El planteamiento de Berntsen y Rubin (2004, 2006a) sigue esta línea: ¿qué y cómo sucede cuando un evento estresante se vuelve una memoria vívida y un punto de referencia para la historia de vida y la memoria autobiográfica de las personas?

El rol central que pueden tomar este tipo de eventos impacta en la construcción de la identidad, puesto que modifican esta narrativa interna sobre la propia historia de vida; por ello los autores hipotetizan la relación entre la centralidad de los recuerdos de este tipo de eventos con la sintomatología del trastorno de estrés postraumático o con los de la depresión (Berntsen y Rubin, 2004).

Efectivamente la revivencia de la memoria se asocia de forma significativamente más intensa con la sintomatología del TEPT que la fragmentación (Rubin et al., 2004). Así, el problema del sufrimiento posterior asociado a la experiencia de un evento traumático no estaría ligado, de acuerdo con los autores, sobre su falta de integración, fragmentación u otras características de la memoria en sí, sino de su conformación como punto de referencia que impacta en la interpretación de los eventos de vida, en la narración sobre la propia autobiografía y sobre la misma identidad.

Las principales críticas que se realizan a la teoría de las características especiales de las memorias traumáticas se vinculan con el sesgo confirmatorio sobre las propiedades atribuidas a las memorias de los eventos estresantes y traumáticos -evocación involuntaria, revivencia sensorial, fragmentación de la memoria y perspectiva por fuera del cuerpo- que también han sido confirmadas para el caso de eventos positivos o neutros (Berntsen et al., 2003). Esto lleva a proponer a los autores la idea de punto de referencia de la memoria de los eventos traumáticos, que confirman en el mismo estudio. Asimismo, la percepción de un recuerdo como auténtico en la memoria es más intensa para los casos del grupo con sintomatología de TEPT y esta no

solo se procesa de forma adecuada, sino que se integra a la memoria autobiográfica con consecuencias en la identidad.

Producto de su distinción y significancia personal, estas memorias son integradas y actúan como punto de referencia en la estructuración e interpretación de las experiencias posteriores, y se vuelve así una parte importante de la identidad y de la historia de vida personal. Así, proponen que es una integración disfuncional que tiene como consecuencia la evitación de la experiencia vívida del recuerdo; para recordarlo, por lo tanto, la persona utiliza estrategias de afrontamiento evitativas, apelando a la perspectiva desde fuera del cuerpo como medida protectora frente a la intensidad de la vivencia (Berntsen et al., 2003).

La Centralidad del Evento (CE) como categoría conceptual se construye al mismo tiempo que su instrumento, en el año 2006 a través de la publicación de Bernstein y Rubin (2006a). Su preocupación se focaliza en el rol de las memorias traumáticas y el efecto que tendrían estas con la salud mental de las personas. La escala pretende identificar y valorar los eventos que tengan estas características, que además de tener una connotación negativa, modifiquen las atribuciones de sentido a otros eventos de la vida diaria y ordinaria, así como las expectativas asociadas a eventos futuros. Así, la CE es una categoría que viene a ser la síntesis conceptual de varios antecedentes teóricos y empíricos ligado a cómo la memoria autobiográfica se construye, sobre todo en relación con eventos con connotaciones negativas y traumáticas.

Luego, esta conceptualización se complejizará con los estudios sobre la centralidad del evento respecto de eventos positivos o negativos. Así, la CE de eventos positivos fue más prevalente en la población estudiada, y correlacionaba de forma negativa con el distrés emocional y la sintomatología del TEPT, y sí de forma positiva con bienestar y personalidad. Los eventos positivos fueron, en su mayoría, los expectados en el guion cultural de las metas de vida y sucesos de transición (Berntsen et al., 2011).

Esto implica establecer que los eventos positivos se vuelven parte de la memoria autobiográfica y de la identidad producto de su coherencia con el guion cultural y su función de transición. En cambio, la centralidad de eventos negativos sucedió por mecanismos asociados al distrés emocional (Berntsen et al., 2011).

2.3.2. Conceptualización y perspectivas

La CE permite identificar un suceso que, por sus características particulares, resalta en la auto narración de la historia de vida construida. Este evento se constituye como una referencia en relación con otros eventos de la historia personal y tiene la cualidad de integrarse como un componente de la identidad personal (Berntsen y Rubin, 2006; Bernard et al., 2015; Gehrt et al., 2018).

Su función puede ser reconocida por su capacidad de definir un antes y un después en el guion subjetivo de la historia de vida; tiene la calidad de interferir en la interpretación de los eventos anteriores y los posteriores (Gehrt et al., 2018). Esto es así porque cobra el poder de dar sentido a la experiencia subjetiva y a la identidad (Berntsen y Rubin, 2006).

Su análisis articula dos campos de estudio sobre la memoria: cuando esta se torna fuente de sufrimiento, como es en el caso del trastorno de estrés post traumático (o, por el contrario, de crecimiento postraumático); o en el estudio de la narración de la memoria autobiográfica, de donde provienen sus desarrollos (Bernstein y Rubin, 2004).

La memoria autobiográfica tiene un sesgo en el cual se recuerdan más hechos positivos que negativos. Esto parece ser producto de expectativas culturales compartidas sobre aquellos eventos que son considerados emocionalmente positivos (Bernstein y Rubin, 2004). Esto cambia para el caso de los eventos negativos, traumáticos, con altos niveles de estrés, inesperados y/o vergonzosos. La cualidad negativa del evento que se ha vuelto central en la identidad y en la historia de vida, se ha correlacionado de forma positiva con el desarrollo de sintomatología del TEPT y con sufrimiento psíquico, como depresión y ansiedad (Berntsen y Rubin, 2006a; Boals y Ruggero, 2016).

Esto ha conllevado el desarrollo de la Escala de la Centralidad del Evento (CES) por Berntsen y Rubin (2006a). Este instrumento, inicialmente, permite evaluar hasta qué punto un evento traumático se constituye como un evento central en la historia de vida y en la identidad del sujeto. Además, permite analizar cómo se relaciona esta condición con la sintomatología del TEPT. Inicialmente, los autores consideraron esta relación como producto de la cualidad de la memoria del evento negativo (Berntsen y Rubin, 2006a).

La construcción de la narrativa del evento lo vuelve especialmente accesible y vívido, producto de la organización de la memoria autobiográfica. Por consiguiente, es probable que se corresponda con memorias más intensas e intrusivas, que tendrá una reacción subjetiva de distanciamiento producto de su calidad emocional negativa; esto, a su vez, puede conllevar a estrategias de afrontamiento disociativas, como la perspectiva del observador (Berntsen y Rubin, 2006a).

Estudios más recientes confirmaron esta relación causal, demostrando que la CE es un predictor del TEPT (Boals y Ruggero, 2016). Esto puede deberse a que la CE configura la narración interna sobre el evento en sí, lo cual podría explicar la capacidad predictiva del CE para la sintomatología del TEPT.

Actualmente, se considera que la cualidad de la CE se vincula con un amplio rango de eventos: vergonzosos, por su impacto en la identidad, alegres, auto discrepantes o sobre eventos públicos, así como en diversas poblaciones, como veteranos de guerra, adultos mayores, personas con esquizofrenia y personas con esclerosis múltiple (Gehrt et al., 2018); así como en pacientes con diagnóstico de cáncer (Park et al., 2011) y VIH/sida (Onu et al., 2019).

La presencia de la centralidad el evento asociado a una memoria traumática podría indicar su rol en el mantenimiento y desarrollo de la sintomatología del TEPT (Gehrt et al., 2018); esta correlación es una de las más potentes, así como en relación con memorias autobiográficas de dolor y vergüenza. Así, la sintomatología asociada con más intensidad es la re-experiencia, la evitación y la activación/excitación, indicando cómo estos síntomas específicamente se relacionan con la centralidad de los eventos negativos. Estos resultados se confirman en otro estudio, donde tanto el CE como el afrontamiento evitativo, las reacciones viscerales y la perspectiva negativa se correlacionan con sintomatología más intensa de TEPT (Schuettler y Boals, 2011).

Puntualmente, la reexperimentación está más intensamente vinculada, reafirmando la cualidad de la escala de estar relacionada a la memoria. Esto podría sustentar la hipótesis de que el TEPT es efectivamente un trastorno de la memoria (Gehrt et al., 2018) que se vincula no a problemas sobre su integración en la memoria autobiográfica, sino justamente con su cualidad de ser un punto de referencia en la historia personal y en la identidad (Berntsen y Rubin, 2006a).

Asimismo, se ha confirmado que la intensidad de la sintomatología se encuentra

más fuertemente asociada a la intensidad del evento central negativo que a las características objetivas del trauma en sí. Esto reafirma la idea de que la interpretación y la incorporación del evento en la historia personal tiene más peso sobre la sintomatología subsiguiente que el evento en sí (Bernard et al., 2015), y podría señalar las diferencias clínicas halladas entre sujetos que, ante eventos iguales o similares, no desarrollan TEPT.

Paralelamente, la escala se ha correlacionado con otro tipo de sintomatología y trastornos, como ansiedad, paranoia, disociación y depresión. Asimismo, los estudios de personalidad han encontrado una débil correlación entre el rasgo neurótico de personalidad con la escala de CE. Esto es coherente con la correlación confirmada entre neuroticismo y psicopatología (Gerth et al., 2018). No se confirmó la relación con apertura o extraversión, como si lo realizan otros estudios (Gehrt et al., 2018).

Esto ha conllevado a cambios respecto de cómo se genera la CE en la subjetividad humana, cuando efectivamente puede ser hallada a través de sus evaluaciones respecto de eventos que no responde a la idea tradicional de trauma. Esto es más claro en relación con el sufrimiento producto de la pérdida de un ser querido. Cuando la pérdida se percibe como parte importante del propio yo, toma cualidades de CE, lo cual puede tener relación con el desarrollo y mantenimiento del sufrimiento asociado a la pérdida (Gerth et al., 2018).

Efectivamente, tiene sentido que la pérdida de un ser querido sea un evento particular en la historia autobiográfica, y por lo tanto modifique la autopercepción e impacte en la pérdida de claridad sobre el propio yo (Boelen, 2012 en Gehrt et al., 2018). Asimismo, el hecho de la pérdida puede ser experimentado como un evento traumático, dado que impacta en las atribuciones positivas sobre uno mismo y sobre el mundo (Gluhoski, 1995 citado en Gehrt et al., 2018).

Se pueden afirmar varios aspectos sobre la CE. Esta centralidad confirma su cualidad de atención auto focalizada en la referencia interna sobre la información obtenida por el evento, lo cual influye intensificando la emocionalidad negativa y, por lo tanto, promueve la CE en la memoria autobiográfica. Su mantenimiento, por otro lado, parece estar vinculado a la rumiación; los pensamientos repetitivos y destructivos de la preocupación pueden influir en el proceso de la información asociada al evento (Gehrt et al., 2018).

Esta incorporación del CE negativo a los esquemas individuales podría contribuir a un sesgo sobre los eventos negativos luego experimentados, una mayor activación y, potencialmente, a aumentar la vulnerabilidad a la patología (Bernard et al., 2015).

Paralelamente, el Crecimiento Post Traumático (CPT) también ha correlacionado de forma positiva con la centralidad del evento negativo; esto puede indicar que tanto el CPT como el TEPT son constructos de una dimensión continua, donde un evento negativo puede ser fuente tanto de distrés y experiencias negativas, como una experiencia para el crecimiento (Gehrt et al., 2018). Así, por ejemplo, un estudio halló que la centralidad del evento de un accidente cerebrovascular puede evolucionar en el CPT y en el bienestar (Kuenemund et al., 2016).

Esto tiene como consecuencia que los estudios de CE y CPT sean un punto de importantes desarrollos. Así, se confirmó que la misma calidad negativa de un evento puede conllevar al CPT. Esto se debe no solo a las estrategias de afrontamiento que utilice la persona, como confirman los autores, sino que parece estar relacionado con las reacciones emotivas y el procesamiento cognitivo (Boals y Schuettler, 2011). Un estudio posterior confirma que la CE, las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema y la perspectiva positiva del evento se correlaciona con el CPT (Schuettler y Boals, 2015).

Es decir, la centralidad del evento negativo puede conllevar al TEPT y al CPT, dependiendo de variables individuales de afrontamiento cognitivo y el soporte social (Wolfe y Ray, 2015), y no así de la calidad o características del evento traumático en sí.

Por el contrario, los eventos positivos que han devenido en la CE se correlacionan de forma positiva e intensa con un funcionamiento adaptativo. Esto puede estar vinculado a que los efectos del CE del evento positivo, como ser el recuerdo vívido o su incorporación a la memoria autobiográfica, es más probable que reflexione sobre el evento, y esto quizás redunda en la mejora del funcionamiento, así como la motivación en la búsqueda de otras experiencias positivas (Bernard et al., 2015).

Además, existe una variable etaria con relación a la construcción de un evento como central en la identidad. Esto se relaciona con los escasos reportes de TEPT en adultos mayores; sucede así porque los adultos mayores tienen menos tendencia a tomar un evento estresante como central en su identidad y memoria autobiográfica (Boals et

al., 2012). Los autores consideran que esto se vincula con el hecho de que los adultos mayores utilizan otro tipo de estrategias cognitivas tendientes a proteger la salud emocional. Estas estrategias se encontrarían vinculadas a estrategias de afrontamiento secundarias, en lugar de primarias, a sesgos en la recuperación de la memoria y diferencias motivacionales en la atención (Boals et al., 2012).

La exposición a un evento puede devenir en un evento central en la personalidad y la memoria autobiográfica por el sentido que se le atribuye a la experiencia, así como su incorporación como punto de referencia para las vivencias pasadas y futuras. De aquí su capacidad de incidir en el desarrollo o no de trastornos y de sufrimiento subjetivo (Boals et al., 2012).

Sin embargo, no se conocen los factores que contribuyen al desarrollo de la centralidad del evento. Si bien se reconoce que un evento se constituye como un componente importante, no es suficiente: existen personas que han vivido experiencias altamente estresantes sin que estas se hayan vuelto un punto de referencia en su historia personal o su identidad; esto no implica que no sean capaces de recordar con precisión el evento, y aun así este no tiene la cualidad de estructurar su autobiografía ni condicionar sus expectativas sobre el futuro (Gehrt et al., 2018).

Por lo tanto, aún quedan líneas de trabajo sobre la cual profundizar para reconocer cuáles son los factores que afectan en la construcción de un evento como CE.

2.4. Antecedentes

2.4.1. Autotrascendencia

Actualmente, las investigaciones analizan la autotrascendencia en relación con diversas temáticas, como espiritualidad, bienestar, consumo problemático, entre otras, así como se refiere en la sección anterior de relaciones entre variables, así como en cáncer. Víctor Frankl (1963)desde las teorías de la enfermería, las teorías de la personalidad y la psicología transpersonal. Así, establecer con precisión la perspectiva del estudio tiene su dificultad, puesto que se apelan a referentes de las tres, dadas sus convergencias prácticas.

Sin embargo, sí se puede establecer límites respeto del instrumento utilizado

para evaluar la autotrascendencia, por su procedencia en la perspectiva de las teorías de la enfermería o de las teorías de la personalidad (precisamente para el caso de la psicología transpersonal, se considera incluida dentro de otros instrumentos, como se verá).

Como tal, la autotrascendencia ha sido incluida como subescala en varios instrumentos; asimismo, existen evaluaciones focalizadas en este constructo.

La autotrascendencia en los estudios de la teoría transpersonal

Los estudios de la autotrascendencia desde las teorías transpersonales aportan una perspectiva humanística y fenomenológica de esta variable. De esta forma, se puede reconocer sus efectos no solo en términos de la presencia o no de trastornos psicológicos, sino del bienestar integral y global del ser humano. Esto permite sumar complejidad y profundidad al estudio, puesto que la presencia de autotrascendencia no necesariamente requiere implicar salud en un sentido biológico o dicotómico, sino en un sentido más holístico y en relación con la calidad de vida de las personas. Esto es especialmente relevante para los estudios con población con diagnóstico y tratamiento de cáncer, por lo comentado anteriormente: son personas que se benefician de aproximaciones como el mindfulness, la búsqueda de sentido, el optimismo, entre otras.

La investigación sobre estrategias y recursos nosológicos en mujeres "sobrevivientes" al cáncer de seno de Beltrán et al. (2015) buscó conocer cómo vivencian y construyen el sentido de vida estas mujeres. Así, realizaron un estudio fenomenológico y un análisis de discurso como metodología investigativa.

La recolección de datos se realizó en tres entrevistas semiestructuradas con cada participante. Luego, para el análisis discursivo, se generó una matriz de análisis con cinco categorías: valores, sentido del sufrimiento, libertad, responsabilidad y recursos nosológicos. La autotrascendencia es el segundo recurso noético de acuerdo con Frankl, siendo que el primero el autodistanciamiento (Beltrán et al., 2015).

Como conclusiones, las autoras afirman que el diagnóstico de cáncer promovió estados reflexivos de las mujeres frente al ser, movilizando el reconocimiento del valor de su aprendizaje, el amor propio, la actitud positiva frente al evento, las prácticas y el sentido del autocuidado y la identificación de los valores personales. Estos factores incentivaron cambios oportunos en las mujeres, que tuvieron como resultado una mejora

en la calidad de vida. De esta forma, se desarrollaron de forma intencional estrategias y recursos nosológicos, que mejoraron las herramientas para afrontar el evento del cáncer asociado al sufrimiento y al malestar inevitable, pero capaz de ser transitado (Beltrán et al., 2015).

En esta categoría son incluidos los estudios orientados a valores. El trabajo de Comello et al. (2019) tiene esta particularidad. Así, estudiaron la afirmación de valores en supervivientes de cáncer a través de videojuegos recreacionales. Su objetivo era confirmar si estos videojuegos son actividades capaces de mejorar la afirmación de valores y si esto tiene resultados en la mejora de las habilidades de afrontamiento. Este trabajo se enmarca en una serie de estudios sobre consecuencias psicológicas de los videojuegos en supervivientes de cáncer, una perspectiva innovadora en el uso de este tipo de recursos.

Las condiciones de participación eran ser mayores de 18 años, haber recibido un diagnóstico de cáncer en algún momento de su vida y jugar juegos de computadora al menos una vez a la semana. En su mayoría (90%) eran mujeres blancas y mayores (M = 54.69 años, DS = 10.39); el 57% ya había recibido tratamiento y el 43% estaba en tratamiento por cáncer (Comello et al., 2019).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas y libres; inicialmente eran 794 respuestas. Finalmente, realizaron el análisis de contenido de 533 respuesta y aplicaron, como codificación, la tipología de valores de Schwartz, que incluye a la autotrascendencia -en la que se incluye el universalismo y lo servicial-, la apertura al cambio que contiene a la estimulación y la autodirección, la conservación -englobando a la seguridad, la tradición y el conformismo-, el hedonismo y la automejora como los logros (Comello et al., 2019).

Así, confirmaron que la autotrascendencia seguida de la apertura al cambio fue más altamente identificada que otras categorías en relación con los valores de los supervivientes que juegan videojuegos (Comello et al., 2019).

También se han desarrollado intervenciones para fomentar y promover la autotrascendencia en la población en general. Este es el caso para la investigación con diseño cuasiexperimental de Dávila y Flores (2017). Este buscó implementar un programa para fomentar la autotrascendencia en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Chiclayo, conformada por N = 40, con una distribución simétrica entre grupo

control y grupo experimental.

Confirmaron una diferencia significativa entre los niveles de autotrascendencia luego de la aplicación del programa "Intencionalmente Auto trascendente" con influencia positiva, a su vez, en los niveles de sentido de vida. Este programa se basa en la perspectiva de la teoría logo terapéutica de Frankl, con foco en el desarrollo de valores de creación, experiencias y actitud. Para ello también generaron un instrumento ad hoc para operacionalizar las variables, en la observación de una serie de conductas. Entre algunos de los indicadores se encuentra actividades basadas en los planes de vida, actividades basadas en encuentros intergeneracionales y actividades basadas frente al control de la vida (Dávila y Flores, 2017).

Estudios desde la teoría de la autotrascendencia de Reed

Los estudios desde esta perspectiva se identifican por el uso de los instrumentos producidos por esta autora, principalmente la Escala de perspectiva espiritual de Reed (1987).

Este instrumento inicialmente fue nombrado como *Religious Perspective Scale* (Reed, 1986) pero en la versión de 1987 fue nombrada *Spiritual Perspective Scale* (SPS), o Escala de perspectiva espiritual. Tiene como objetivo medir la espiritualidad a través de diez ítems que releva información ligada a cómo se percibe la espiritualidad en la vida cotidiana y en sus interacciones relacionadas a la espiritualidad.

Los resultados de su validación indican una adecuada consistencia interna, así como redundancia en el análisis inter-ítem. Sus propiedades psicométricas fueron verificadas en adultos con distintas condiciones de salud, entre ellas enfermedades terminales, saludables, y enfermedades no severas.

Su administración conlleva una entrevista estructura o un cuestionario, al cual se debe responder por medio de una escala del 1 al 6, a saber: "Cuando habla con su familia o amigos, ¿cuán habitualmente menciona sus intereses espirituales" 1: Nunca; 2: menos de una vez al año; 3. Cerca de una vez al año; 4: aproximadamente una vez al mes; 5. cerca de una vez a la semana; 6. aproximadamente una vez al día (Reed, 1987; traducción propia). A través de un cálculo aritmético se calcula el puntaje total del instrumento, obteniendo puntajes que van desde el 1 al 6, siendo este el indicador de un mayor grado de perspectiva espiritual (Reed, 1987). Ha sido validada en países de

Oriente como en Corea (Kim et al., 2012), con población juvenil persa (Farahani et al., 2016), España (Pena-Gayo et al., 2018) y Chile (Gutiérrez-Carmona et al., 2020). La escala de autotrascendencia de Reed (1991) cuenta con 15 ítems encargados de identificar las características de las experiencias intrapersonales, interpersonales y temporales que permiten reflexionar sobre la expansión de los límites del yo. Las respuestas se obtienen a través de una escala de Likert de 4 niveles, desde 1: Nada, a 4: Mucho.

El puntaje final se obtiene sumando los ítems, por lo que se encuentra en un rango de 15 a 60 puntos, lo cual refleja el nivel de autotrascendencia y toma en cuenta las diferencias individuales de su experiencia (Reed, 1991).

En su construcción, se tomó en cuenta de que no hubiera sesgos en relación con la capacidad física-motriz o de salud de la persona, intentando enfocarse en manifestaciones de la autotrascendencia a través de medios creativos, sociales y/o introspectivos, en lugar de orientarlos a características físicas (Reed, 1991).

Su desarrollo fue en base a otro instrumento, el Recursos del desarrollo de adultos mayores (DRLA, *Developmental Resources of Later Adulthood*) producida por Reed en el año 1986. Este instrumento cuenta con 36 ítems y el STS es una versión reducida, esto porque la autotrascendencia emergió como un factor que explicaba el 45.2% de la varianza, permitiendo generar el instrumento unidimensional que es el STS (Reed 1991). Este cuenta con una fiabilidad aceptable, calculada a través del alfa de Cronbach, así como un nivel adecuado a través del tiempo en los estudios de fiabilidad test-retest (Reed, 1991). Este instrumento ha sido aplicado en el estudio de personas con consumo problemático. Uno de estos compara el entre consumidores moderados de alcohol y personas que no consumen, las variables de autotrascendencia, espiritualidad y bienestar (Díaz, 2012).

En una muestra de 499 universitarios, de entre 18 y 25 años, se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de bienestar psicológico de Ryff; de bienestar social desarrollada por Keyes (1998, citado en Díaz Heredia, 2012); Cuestionario de espiritualidad de Nasrin Parsian y Trisha Dunning; la Escala de Autotrascendencia de Reed o STS (1986 en Díaz Heredia, 2012); para el consumo, el AUDITC (por sus siglas en inglés del test de consumo para la identificación de trastornos en el consumo de alcohol) desarrollado por Saunders (1993, citado en Díaz Heredia, 2012); y una encuesta

sociodemográfica y de vulnerabilidad al consumo de alcohol desarrollada por la Universidad de Colombia (Díaz, 2012).

Confirmaron relaciones significativas entre la práctica de la religión cristiana, estar cursando los primeros semestres y menor aceptación social como variables que aumentan el no consumo de alcohol; existiendo así una relación inversa entre trascendencia y consumo (es decir, a menor autotrascendencia mayor consumo) y una relación positiva directa y significativa entre trascendencia espiritual y bienestar psicosocial (Díaz, 2012).

La satisfacción con la vida es una preocupación en las investigaciones con adultos mayores; en este sentido, el envejecimiento exitoso se entiende como la ausencia de enfermedades y discapacidad y con la satisfacción de vida, donde la autotrascendencia podría jugar un importante rol (MCCarthy et al.,2013).

Así, en una muestra de 152 participantes adultos mayores en un estudio exploratorio, confirmaron que el 50% de la varianza del envejecimiento exitoso se confirma por la autotrascendencia y las estrategias activas de afrontamiento, controlando variables sociodemográficas. Aun así, el afrontamiento activo por sí mismo no es un predictor del envejecimiento exitoso, siendo solo la autotrascendencia un indicador significativo que contribuye a esta perspectiva multidimensional sobre el envejecimiento exitoso (MCCarthy et al., 2013).

El estudio de Haugan et al., (2014) plantea que la autotrascendencia y el bienestar espiritual correlaciona de forma positiva en participantes sin deterioro cognitivo de casas de cuidado. Así, con una muestra de 202 participantes sin indicadores de deterioro cognitivo, realizan un estudio transversal. Utilizan la escala de FACIT-Sp adaptado para analizar la variable de bienestar espiritual, así como la Escala de Autotrascendencia. Los resultados son confirmados a nivel global, como a nivel factorial, en los dos factores de autotrascendencia y los tres factores de bienestar espiritual.

La autotrascendencia interpersonal e intrapersonal puede incrementar el bienestar espiritual, lo cual se vincula con la satisfacción global y la satisfacción con los cuidados puntualmente (Haugan et al., 2014). Guerrero et al. (2016) estudian la relación entre la autotrascendencia, la ansiedad y la depresión de pacientes con cáncer en tratamiento. Esta investigación se realiza en el marco del proyecto Barquisimeto, con

una perspectiva psicológica. La muestra estuvo conformada por N = 140, pacientes que estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia o radioterapia, durante diciembre del 2014 a abril del 2015. Participaron 62 varones y 78 mujeres de entre 30 y 59 años. El tratamiento, a su vez, debía estar siendo realizado durante al menos un mes (Guerrero et al., 2016).

La selección fue intencional, a través del contacto con cuatro centros de salud, y de aplicaron los instrumentos de STS de Reed adaptación colombiana de 15 ítems, con adaptación ad hoc lingüística para Venezuela; la Escala de ansiedad manifiesta para adultos (AMAS) de 31 ítems, que cuenta con tres dimensiones: inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales y estrés; y la Escala de depresión de Zung, de 20 ítems, que explora los síntomas depresivos, como estado de ánimo, síntomas cognitivos y somáticos, adaptada para el estudio (Guerrero et al., 2016).

Entre sus resultados, la correlación fue significativa y negativa entre autotrascendencia y la dimensión de preocupaciones sociales y estrés, de la escala de ansiedad (donde $r = -.235$, para $p = <.01$), y una relación negativa y moderada con depresión ($r = -.439$, $p < .01$). Por último, aplicaron la prueba t de Student que halló diferencias significativas para la ansiedad y en las dimensiones inquietud e hipersensibilidad, y ansiedad fisiológica. Esto indicaría que la autotrascendencia es una variable moduladora de la ansiedad y la depresión para el caso de pacientes con cáncer en tratamiento (Guerrero et al., 2016).

La investigación de Guerrero et al. (2016) explora los niveles de autotrascendencia en adultos mayores, en consonancia con lo comentado sobre la tendencia del estudio de esta variable en esta población; específicamente, eran adultos mayores que se encontraban en tres centros gerontológicos de la ciudad de Celaya, Guanajuato, México. La selección de la muestra fue aleatoria, con un total de N = 118. El criterio de selección fue que tuviesen igual o más de 60 años, con representación de mujeres y varones. El instrumento utilizado para evaluar los niveles de trascendencia fue la Escala de autotrascendencia, con el cual se realizó un estudio piloto previo, resultado en ser adecuado para su uso en esta población. La media de autotrascendencia de la muestra fue de 51.36, con el mayor puntaje es 60, y hubo una diferencia significativa por sexo, siendo las mujeres las que contaban con mayores niveles (M =

52.05, DE = 5.8). Asimismo, este nivel aumentó en el rango de los 75 a 84 años (M = 51.71, DE = 5.83) (Guerrero et al., 2016).

Para el caso del trabajo hecho por Medina y Rodríguez (2018) se analiza la relación entre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y el nivel de autotrascendencia, considerando esta última variable como un factor protector para la población de adultos mayores que sufren restricciones a consecuencia de estas enfermedades. Esta tesis se realizó con la participación de N = 120 adultos mayores; la selección fue intencional y en cuotas. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de autotrascendencia de Reed y una encuesta ad hoc para recolectar información sobre las ECNT. Entre estas enfermedades, se incluyen: enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas, enfermedades oncológicas, trastornos musculoesqueléticos, enfermedades neurológicas, trastornos de la audición, trastornos de la visión y enfermedades mentales, según el DSM-5. Entre las enfermedades con mayores niveles de autotrascendencia, se encuentran en primer lugar las enfermedades cardiovasculares, en segundo los trastornos musculoesqueléticos y en tercero los trastornos de la visión. Sin embargo, entre los resultados, se verifica la hipótesis nula, confirmándose una relación independiente entre las ECNT y el nivel de autotrascendencia. Por el contrario, sí hubo una relación significativa entre la autotrascendencia y la ocupación y profesión (Medina y Rodríguez, 2018).

El estudio del año 2018, realizado por Yañez-Castillo et al. (2018), analiza el rol de la espiritualidad y la autotrascendencia en el consumo de alcohol de jóvenes estudiantes universitarios. El estudio, de tipo descriptivo correlacional, tiene una muestra de N = 300, conformada por estudiantes universitarios mexicanos. A ellos se les aplicaron la Escala de Autotrascendencia, el Cuestionario de Espiritualidad, el AUDIT, se obtuvieron sus datos sociodemográficos a través de un cuestionario, así como se les consultó sobre su prevalencia de consumo de alcohol. Entre sus conclusiones, consideran que la práctica religiosa puede actuar como un factor protector frente al consumo, fomentando la abstinencia (Yañez-Castillo et al., 2018).

El trabajo de Chen (2020) sobre autotrascendencia, percepción de la enfermedad y depresión, se realizó con participantes varones taiwaneses con cáncer de boca. El estudio fue realizado desde la enfermería y tenía como intención conocer el rol de la autotrascendencia y de la percepción de la enfermedad en esta población y la presencia

de sintomatología depresiva. Específicamente, el cáncer de boca tiene consecuencias negativas para la calidad de vida y resultados perjudiciales para la salud integral y la percepción de la enfermedad modera las estrategias de afrontamiento personales, y aquí es donde entra la autotrascendencia. La investigación de tipo transversal y descriptiva, con una muestra de N = 100 varones taiwaneses con cáncer de dos centros de salud oncológicos (Chen, 2020).

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario demográfico y de la salud, la versión adaptada para China de STS de Reed, la versión adaptada para China del Cuestionario revisado de percepción de la enfermedad, y la versión china del Inventario de Depresión de Beck. Para el análisis de datos, se utilizaron estadísticos descriptivos, coeficientes de correlación y de regresión múltiple (Chen, 2020). Los resultados de este estudio confirman el rol favorable de la autotrascendencia en la mejora de la salud durante eventos estresantes, siendo posible que sea la encargada de minimizar y prevenir la sintomatología depresiva. Así, el autor considera que las prácticas que promuevan la autotrascendencia podrían ayudar a mediar el impacto negativo de la percepción de la enfermedad, el estrés emocional y la salud integral en varones con cáncer de boca (Chen, 2020).

La investigación de Chen et al. (2020) explora el uso de un programa revisado basado en mapas mentales y sus efectos en el estrés psicológico; para ello, analizan el comportamiento de las variables de esperanza, sentido de vida y autotrascendencia en una muestra de pacientes con cáncer que están atravesando la quimioterapia. Para ello, reclutaron N = 84 pacientes quienes fueron distribuidos en dos grupos, experimental con aplicación del MBLRP (con N = 40) y grupo control con cuidados tradicionales (N = 44). La recolección de datos se realizó en tres momentos: de línea de base (T0), en el segundo día (T1) y cuatro semanas luego de finalizado el programa (T2). Los instrumentos seleccionados fueron el Termómetro de distrés emocional (para el escaneo de esta variable), el Cuestionario de sentido de vida, versión de 10 ítems; la Escala de esperanza de Herth de 12 ítems; y la STS de Reed, de 15 ítems; todos ellos adaptados para la población china. Asimismo, respondieron a través de una escala de Likert de 5 anclajes sobre la satisfacción del programa MBLRP (donde 1 era "muy insatisfecho" y 5 "muy satisfecho") (Chen et al., 2020).

Los resultados confirman que el programa mejora la esperanza, el sentido de

vida y la autotrascendencia en esta población. Específicamente, las interacciones significativas entre variables fueron: pertenencia al grupo en T1 para sentido de vida y esperanza, no así para autotrascendencia; y para el T2, la pertenencia al grupo fue estadísticamente significativa en sentido de vida ($t = 2,592$, $p = .01$), esperanza ($t = 5.215$, y $p < .001$) y autotrascendencia ($t = 2.843$, $p = .005$) (Chen et al., 2020).

Estudios sobre autotrascendencia desde las teorías de la personalidad

En esta categoría, por un lado, se encuentra el Inventario de temperamento y Carácter (TCI, *Temperament and Character Inventory*), el cual fue desarrollado por Cloninger et al. en el año 1994. Este instrumento evalúa siete dimensiones de la personalidad, cuatro de ellas del temperamento: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia; y tres del carácter: autodirección, cooperatividad y autotrascendencia. Cada una de éstas subdimensiones cuenta con una subescala. Para el caso de la autotrascendencia: el auto olvido, la paciencia, la identificación transpersonal y la espiritualidad (García et al., 2017). Es un instrumento rápido y fiable, con descripciones con significación clínica para la personalidad individual (Farmer y Goldberg, 2008). Si bien fue desarrollado para la población en general, también se produjo una versión reducida para la población clínica (García et al., 2017)

La versión actual cuenta con 259 preguntas con respuesta a través de una escala de Likert con cinco anclajes y puede ser completada entre 35 y 45 minutos. Cuenta con una versión computarizada en inglés, validada en población psiquiátrica (Pélissolo et al., 1997) y población infantil en inglés (Luby et al., 1999), coreano (Lyoo et al., 2004) e italiano (Andriola et al., 2012). Asimismo, fue validado en Australia (Parker et al., 2003), así como en poblaciones como la iraní (Kaviani y Poor, 2005), en Turquía (Arkar et al., 2005), Bélgica (Hansenne et al., 2005), Francia (Chakroun-Vinciguerra et al., 2005), en portugués con una muestra brasileña (Goncalves y Cloninger, 2010), Serbia (Dzamonja-Ignjatovic et al., 2010), Bulgaria (Tilov et al., 2012) e Italia (Vespa et al., 2015).

Al respecto del uso de este instrumento, no se hallaron investigaciones que confirmasen una relación entre la dimensión de la personalidad de autotrascendencia tenga relación con algún aspecto de la salud, bienestar o calidad de vida de las personas

con cáncer participantes en los estudios. En general, los estudios hallados vinculan las consecuencias psicológicas a la dimensión de evitación del daño y búsqueda de novedad del temperamento y autodirección de carácter. Es decir, no se asocia específicamente a la autotrascendencia ninguna variable en los estudios hallados.

Sin embargo, el instrumento sí ha sido utilizado en población oncológica. Es así para el caso del trabajo de Aukst Margetić et al. (2013), el cual busca predecir la depresión y relacionarlo con el temperamento y el carácter en casos de pacientes con cáncer de pulmón. Las diferencias en la depresión de este tipo de pacientes se atribuyen a características de la personalidad. Para confirmarlo, reclutaron a N = 99 pacientes recientemente diagnosticados con cáncer de pulmón en un centro especializado. Se aplicó la subescala de dolor del Cuestionario de calidad de vida de la organización europea para la investigación y el tratamiento del cáncer y el TCI (Aukst et al., 2013).

La mitad de los pacientes responden a los criterios de depresión para la escala de CES-D. A través de una regresión lógica, se confirmó una relación significativa entre las dimensiones de evitación del dolor y el daño con la depresión (Aukst et al., 2013).

Para el caso de pacientes con cáncer de mama, el estudio de Pazouki y Kazemian (2018) buscó identificar las características del sufrimiento de las mujeres y su relación con su bienestar emocional. A una muestra de N = 250 mujeres participantes, se les solicitó que respondieran al Cuestionario de calidad de vida SD-36 y al TIC. A estos datos se le aplicó un estudio de coeficiente de correlación, que confirmó relaciones significativas entre bienestar emocional y búsqueda de novedad, con vulnerabilidad, cooperatividad y autodirección. Un análisis regresivo confirmó que las subescalas de búsqueda de novedad, vulnerabilidad, cooperatividad y autodirección predicen de forma significativa el bienestar emocional. Los autores concluyen que efectivamente los eventos estresantes producen emociones negativas, lo cual podría orientar las intervenciones psicológicas para reducir el daño producto de la noticia del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes, su bienestar emocional y su satisfacción con la vida (Pazouki y Kazemian, 2019).

Siguiendo con esta línea, el estudio de Petraşcu et al. (2019) estudió la relación entre las dimensiones de la personalidad y la percepción del dolor en pacientes con diabetes o cáncer. Plantean que los rasgos de personalidad modulan la percepción del dolor y la respuesta a la enfermedad. Aplicaron el TCI, el Inventario breve de dolor y la

Escala hospitalaria de depresión y ansiedad en N = 130 participantes, los cuales fueron distribuidos en tres grupos: pacientes con diabetes mellitus, con cáncer y grupo control (Petraşcu et al., 2019).

Los resultados de ambos grupos son distintos del grupo control. Así, ambos grupos de pacientes -con diabetes mellitus y con cáncer- obtuvieron puntajes significativamente más altos en la subescala de evitación del daño y puntuaciones bajas y significativas en autodirección, dependencia a la recompensa y cooperación. Entre las diferencias entre ambos grupos se encuentra que el grupo de diabetes mellitus tenía predominancia de ansiedad, mientras que los pacientes con cáncer la depresión mayor era más prevalente; asimismo, los pacientes con diabetes mellitus obtuvieron puntajes significativamente más altos para el Inventario breve de dolor que los pacientes con cáncer (Petraşcu et al., 2019).

Lo común entre los tres estudios, es que efectivamente la evitación del daño o el dolor correlaciona de forma negativa con el bienestar emocional, al contrario que la cooperación y la autodirección. Sin embargo, la autotrascendencia no da cuenta de resultados significativos en ninguno de estos estudios, señalando que el constructo de autotrascendencia del TCI no incide en el bienestar ni en la calidad de vida de los participantes de estos estudios.

Esto se contradice con lo anteriormente hallado: que la autotrascendencia es efectivamente un factor que incide en el bienestar de las personas que sufren enfermedades como el cáncer. Sin embargo, esto solo evidencia que los constructos que evalúan los instrumentos son efectivamente distintos.

2.4.2. Propósito de vida

El PDV es inherente al ser humano, la necesidad del mismo adquiere dimensión cuando a ese ser le toca enfrentar una situación de crisis. El sentido de vida está relacionado con propósitos, con significados y recursos cognoscitivos (Bering, 2003)

Sentido que permite generar metas concretas que le dan sentido a la vida; esta variable, como se comentó, se asocia con el estrés, la resiliencia y estrategias de afrontamiento, el bienestar psicológico, y también con la calidad de vida, con la extensión del tiempo de vida en adultos, y de forma negativa con ansiedad y depresión, como se verá a continuación. Esta forma de conceptualizar se halla en varios

instrumentos que lo evalúan. Entre ellos, el *Purpose in life Test* (PIL), un instrumento complementario al SONG, elaborado por Crumbaugh y Maholick (1964), el test de Búsqueda de metas noéticas (SONG) construido por Crumbaugh (1977), Perfil de Actitud hacia la Vida o *Life Attitude Profile* (Reker y Peacock, 1981), Cuestionario de Propósito en la Vida o Life Purpose Questionnaire (Hutzell, 1989) y el *Life Engagement Test*, desarrollado por Scheier et al. (2006); también se utiliza la subescala de PDV del instrumento de Ryff para el Bienestar psicológico, sin embargo este fue excluido por las dificultades metodológicas que conllevaría la revisión. Al respecto, solo se analizarán los estudios más actuales sobre la temática, razón por la cual algunos de estos instrumentos no serán desarrollados.

Por otro lado, producto de su influencia en la calidad de vida, el estrés y resiliencia, así como en las estrategias de afrontamiento subjetivas, se han desarrollado intervenciones psicoterapéuticas; sin embargo, en algunos de estos estudios no se utilizaron estos instrumentos ni se construyeron instrumentos para la evaluación específica del PDV.

Precisamente, para el caso del cáncer se presenta un metaanálisis sobre el rol del PDV en la salud mental y física de pacientes y supervivientes. Los estudios seleccionados fueron controlados, con muestra aleatorizada, y en total fueron N = 29, los cuales analizaron 82 tipos de tratamientos y sus efectos en una muestra total de 2.305 participantes (Park et al., 2019). Las intervenciones fueron capaces, de forma significativa, de promover el desarrollo del sentido/propósito de vida; estas fueron, a su vez, fuente de mayor efecto que las intervenciones que se enfocaban en otros resultados. Entre sus conclusiones, este metaanálisis señala una preocupación en relación con las muestras pequeñas de cada estudio y de la ambigüedad en la distribución de la muestra. Asimismo, estos resultados señalan que estas intervenciones psicosociales son comparables a los obtenidos en la reducción de sintomatología depresiva, dolor y fatiga en pacientes con cáncer (Park et al., 2019).

Escala del compromiso con la vida

El *Life Engagement Test* o LET, Escala del Compromiso con la Vida, está compuesta por seis ítems para la evaluación del propósito de vida, específicamente entendiéndose como el compromiso personal con actividades que son consideradas

valiosas (Scheier et al., 2006). El LET es un instrumento desarrollado por profesionales de Estados Unidos de América y Canadá; su propuesta de un nuevo instrumento se sustenta en limitaciones que, consideran, se encuentra en otros, como por ejemplo su insensibilidad temporal, con preguntas en tiempos verbales infinitivos, que no permiten posicionar a la persona en la actualidad de la experiencia del PDV; en segundo lugar, otras escalas incluyen, en su evaluación, otros constructos como satisfacción con la vida o sentido de vida, lo cual limita la capacidad de discernir cuál de los componentes está afectando en la interacción de variables analizadas (Scheier et al., 2006).

Por estas razones, y por su modelo teórico focalizado en la autorregulación conductual, este instrumento ofrecería un índice para evaluar el PDV desde la perspectiva de la persona y en relación con sus actividades cotidianas que la aproximan a aquello que es valorable o importante para ella (Scheier et al., 2006). Esta escala que cuenta con seis ítems, tres de ellos son positivos (2, 4 y 6) y tres de ellos se manifiestan con una dirección negativa (ítems 1, 3 y 5). Las personas deben responder su acuerdo con las afirmaciones de cada ítem por medio de una escala de Likert que va desde el 1 (muy en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El puntaje se obtiene en dos momentos: se revierten los puntajes de los ítems negativos (es decir, 5 = 1, 4 = 2, 3 = 3, 2 = 4 y 1 = 5) y luego se suman para tener un puntaje total (Scheier et al., 2006).

Para el análisis la muestra estuvo conformada por 8 grupos: mujeres con osteoartritis (N = 183), varones esposos de pacientes con osteoartritis (N = 168), mujeres de mediana edad miembros de la comunidad (N = 378), mujeres con cáncer de mama en etapas tempranas (N = 198), mujeres con cáncer de mama en etapas avanzadas (N = 86), estudiantes de grado grupo 7 (N =359) y estudiantes de grado grupo 8 (N = 511) (Scheier et al., 2006).

El análisis factorial exploratorio confirma un solo factor para todos los ítems, que responde entre el 43% y el 62% de la varianza. Para todos los ítems, el factor de carga fue alto, dependiendo de la muestra, desde .57 a .86, con un promedio de .71. Asimismo, para cada muestra se obtuvieron guarismos aceptables del coeficiente de Cronbach, con un promedio de .80 y oscilando entre .72 y .87. La diferencia entre los grupos de la muestra fue significativa, con un valor de $F (7,2244) = 6,17$ para $p <.001$; solo la muestra 7 tuvo diferencias significativas con respecto a las muestras 1, 4 y 5, confirmado por el test de Tukey (Scheier et al., 2006).

No se hallaron diferencias por género, edad o etnia, manteniéndose el factor inicialmente confirmado. Para cada grupo, el alfa de Cronbach fue aceptable (oscilando entre .73 a .83). La validez test-retest fue aplicada cuatro meses más tarde, a mujeres del grupo 5 (N = 178), grupo 6 (N = 62) y una sección de la muestra del grupo 7 (N = 55) y grupo 8 (N = 61) de mujeres y varones. Las correlaciones del test fueron entre .61 y .76, señalando que el test es estable en el tiempo de varios meses (Scheier et al., 2006).

Wnuk et al. (2012) investigaron la relación entre propósito de vida y esperanza, y su influencia en la felicidad y la satisfacción con la vida de pacientes con cáncer en tratamiento; la muestra estuvo conformada por 50 pacientes de los centros médicos de Warsaw en Polonia.

Los instrumentos utilizados fueron la Escala de propósito de vida, el Inventario de esperanza de Herth, preguntas extraídas de la Escalera de Cantril, para la satisfacción con la vida, la Escala del deseo por la vida, preguntas demográficas y preguntas extraídas del Diagnóstico Social de Czapinski y Panek (Wnuk et al., 2012).

El propósito de vida correlacionó con la felicidad y con satisfacción en la vida; la esperanza correlacionó con felicidad y con cuatro dimensiones de la satisfacción con la vida. Aquellos pacientes con mayor duración tuvieron puntuaciones más bajas en propósito de vida y en el número de amigos; mientras más largo el tratamiento, menor era el deseo por la vida (Wnuk et al., 2012).

Como factor protector, también se ha estudiado la relación entre el PDV con la adicción al trabajo en una muestra de N = 260 mujeres profesionales, reconocidas por su alto compromiso con su actividad laboral. Se solicitó información sociodemográfica, así como instrumentos para reconocer la adicción al trabajo (WART, o test de Robinson de riesgo de adicción al trabajo) así como el PIL y la Escala de soporte social de Berlín de Schwarzer y Schulz (Peplińska et.al, 2015).

Peplińska et al. (2015) confirma la relación negativa y significativa entre adicción al trabajo y propósito de vida, y significativa y positiva entre esta última variable y el soporte social percibido. Aún más, plantean que se puede considerar al PDV como una variable con capacidad moduladora (parcialmente) entre el soporte social y la adicción al trabajo. De esta forma, incidir sobre el PDV podría mejorar indicadores de soporte social y disminuir el riesgo de adicción al trabajo.

La investigación de Gholamzadeh et al. (2017) se realizó en Irak con la participación de N = 384 mujeres adolescentes. Su objetivo era analizar la relación entre cómo las familias podían fomentar el sentido de responsabilidad, por medio de promover el propósito de vida y la competencia social.

Para ello, se aplicó el Inventario psicológico de California, específicamente su subescala de responsabilidad, el Funcionamiento Familiar de MacMaser, la escala de Competencia social de Felner y el PIL. Los resultados de su estudio confirmaron la relación positiva y significativa entre el funcionamiento familiar, la competencia social y el PDV sobre la responsabilidad. Mientras que el PDV indicó ser una variable moderadora sobre el funcionamiento familiar y la competencia social con responsabilidad (Gholamzadeh et al., 2017). La relevancia de este estudio es, también, que señala el doble comportamiento, directo e indirecto, que tiene el PDV en su influencia en la expresión de otras variables, que impactan a su vez en los resultados finales.

Reconociendo que el PDV es un factor que favorece el bienestar psicológico y la felicidad, la investigación de Jadidi et al. (2019) exploró el comportamiento de esta variable en jóvenes. Proponen que la psicología no solo debería enfocarse en trabajar los "problemas" de los adolescentes, sino también incentivar que tengan vidas con sentido, entendiendo al PDV como un aspecto deseable en la persona por sus efectos salutogénicos. Para ello, se realizó un estudio cuasi experimental con una intervención de psicología positiva en una muestra de N = 60; todas fueron mujeres, estudiantes de Irán. Los instrumentos fueron aplicados antes y después del estudio. En primer lugar, se utilizó para distribuir la muestra, de forma tal que estuvieran equilibradas entre el grupo control y el grupo experimental las participantes que tuvieran antecedentes de conductas problemáticas en la escuela (es decir, 15 para cada grupo, donde GE = 30 y GC = 30). Se controlaron las variables demográficas y se aplicaron las pruebas de conformidad L-72 y el PIL. El GE recibió una intervención de 8 semanas de psicología positiva, una por semana, con una duración de 90 minutos. El grupo control fue de lista de espera (Jadidi et al., 2019).

Los resultados indicaron que las intervenciones de psicología positiva mejoraron los indicadores de PDV y conformidad de forma significativa, fomentando la elaboración de la primera y disminuyendo la segunda. Así, concluyen que la psicología

positiva es una intervención adecuada para mejorar la salud mental individual y el desarrollo de las mujeres adolescentes (Jadidi et al., 2019).

El trabajo realizado por Akase et al. (2020) analiza el comportamiento del PDV y la búsqueda de novedad en relación con la autocompasión en una intervención basada en mindfulness, esto en el marco del estudio EXMIND, el cual es aleatorizado y controlado.

El equipo de investigación japonés propone dos tipos de intervención: uno de cuatro semanas de intervención basada en mindfulness y de otras cuatro semanas de trabajo con enfoque existencial; y otro de ocho semanas de mindfulness. A través de la comparación entre ambos, se pretendía conocer los efectos sobre la autocompasión. En un anterior estudio se había confirmado que ambas intervenciones mejoraban distintas variables analizadas, entre las cuales resaltaba la autocompasión; en esta oportunidad, se pretende conocer el comportamiento de esta variable en particular (Akase et al., 2020).

La muestra estuvo conformada por N = 57 participantes, 82% mujeres y 18% varones, a los cuales se les evaluó antes de la intervención (línea de base), a las cuatro semanas y a las ocho semanas; la media de edad de la muestra era 49.6 años y la desviación estándar 11.6 (Akase et al., 2020). Los instrumentos para la evaluación fueron la Evaluación de temperamento de Memphis, el Auto cuestionario de Pisa y San Diego, el Inventario de Temperamento y carácter, el Mini-Mental, la adaptación japonesa del Test de lectura para adultos, la Escala de Manía de Young, la Escala de Depresión de Hamilton, el Instrumento de apego parental y el PIL. Para el análisis de datos, se utilizó la regresión múltiple con relación al puntaje en la Escala de autocompasión (Akase et al., 2020).

Entre los resultados, la Búsqueda de novedad del TIC estuvo significativa y negativamente asociado con el total del puntaje en la Escala de autocompasión; en cambio, el puntaje correlacionó de forma positiva y significativa con el PIL. La búsqueda de novedad no se encontró asociada para la línea de base, a las cuatro semanas y a las ocho semanas para el caso de la Búsqueda de novedad, contrario el caso para el PIL y la autocompasión (Akase et al., 2020).

Concluyen el estudio señalando que los mayores niveles en el PIL y menores en Búsqueda de novedades son capaces de predecir la mejora en la autocompasión

producto de las intervenciones basadas en mindfulness; esto, a su vez, sugiere que la autocompasión y el PIL se estarían muy cercanas en su comportamiento, sobreponiéndose ambos instrumentos de evaluación, distinto para el caso con Búsqueda de novedades. Asimismo, proponen que la Búsqueda de novedad actúa como un obstáculo que dificulta la práctica del mindfulness producto de la incapacidad de descartar los pensamientos; estos empobrecerían los resultados en autocompasión (Akase et al., 2020).

La influencia de los factores psicológicos sobre el cáncer ya ha sido estudiada; en el estudio Lin et al. (2021) se confirma la relación entre el PIL, con respecto al estrés y el origen del tumor en pacientes. Se trata de una investigación longitudinal con N = 164 participantes de una clínica de radioterapia; respecto de la edad, la M = 49.62 con una DE = 11.98 en años; el 50% eran varones. Entre ellos, había pacientes con tratamientos en cabeza y cuello (21,9%), esófago y pulmones (29,4%), mama y tórax (24.4%) y cavidad abdominal y pelvis (18.1%); en su mayoría, se encontraban en la etapa II (18.8%) (Lin et al., 2021).

Las evaluaciones se realizaron una semana antes y una semana después de radioterapia. Se recolectaron datos sociodemográficos, condición médica, tratamiento, estado del cáncer, procedimientos quirúrgicos, quimioterapia y enfermedades crónicas; asimismo, se solicitó que respondieran a la versión China de la Escala de síntomas de distrés y el PIL (Lin et al., 2021).

El cáncer, desde el momento del diagnóstico, puede configurarse como una fuente de distrés; en este estudio, se discute la relación del comportamiento del PIL y si se encuentra asociado al distrés. Los pacientes participantes obtuvieron mayores puntajes luego de la radioterapia que antes para el PIL, sugiriendo una influencia de la terapia en los pacientes; asimismo, el puntaje en distrés correlacionó de forma significativa luego de la radioterapia con el PIL de forma negativa: esto indicaría que el sentido de vida y las estrategias de afrontamiento modulan el impacto del distrés relacionado al cáncer (Lin et al., 2021).

Asimismo, el estadio del cáncer influyó de forma significativa en los puntajes el PIL: los pacientes en estadio IV, que no podían recibir cirugía, y que tenían tumores en la zona abdominal o en la pelvis, tenían menores puntajes en el PIL y tenían niveles importantes de distrés (Lin et al., 2021).

Los autores sugieren que las intervenciones que promuevan el propósito de vida deben tener una orientación específica a estas poblaciones; asimismo, consideran que la reducción del estrés puede ayudar a los pacientes a establecer o encontrar su propósito de vida y mejorar su calidad de vida (Lin et al., 2021).

La experiencia del cáncer de mama, como ya se dijo, es un evento altamente estresante. Los eventos estresantes pueden tener como resultado el TEPT o, por el contrario, el CPT. Esto conlleva, en primer lugar, reconocer que el diagnóstico y tratamiento del cáncer tiene capacidad de ser un evento traumático; y, en segundo lugar, que la experiencia de este evento puede devenir en crecimiento.

El estudio de Faustova (2020) explora el comportamiento de una serie de variables en una muestra de mujeres con remisión del cáncer de mama. Estas fueron 30 mujeres, con una media de edad de 55 años (de 39 a 73 años), a las cuales se les aplicó el Inventario de crecimiento postraumático, el PIL y la Escala revisada del impacto del evento. Todas ellas pasaron por la mastectomía y por 10 a 40 sesiones de quimioterapia. Las correlaciones de Pearson indican una relación significativa y negativa entre propósito de vida e intrusión y evitación, así como en hiperactividad. No se hallaron relaciones significativas entre estas variables y el CPT y el impacto del evento (Faustova, 2020).

Sin embargo, este artículo es un resumen del proceso de investigación que se está llevando actualmente a cabo. Su importancia está en la proximidad entre la muestra y las variables analizadas (el impacto del evento -no CE pero próximo conceptualmente- y el PDV). El tamaño de la muestra, también, es una limitación de los resultados arribados hasta el momento (Faustova, 2020).

A través de esta revisión, es evidente el interés que sigue existiendo sobre el comportamiento y las relaciones con el PDV y el bienestar psicológico, de forma directa o indirecta. Asimismo, actualmente hay una mayor tendencia de analizar esta variable en población con cáncer o de personas que hayan experimentado un evento estresante o adverso. Por último, el instrumento da cuenta de su flexibilidad, siendo utilizado de forma satisfactoria en distintos puntos del mundo, con distintas poblaciones.

2.4.3. Centralidad del evento

Como se comentó, esta variable se encuentra profundamente asociada al

instrumento que la nombra. Los estudios más actuales sobre la temática se vinculan a sus efectos del evento traumático como un ataque sexual, la muerte inesperada de un ser querido o una enfermedad grave en la memoria autobiográfica, y a sus efectos en el TEPT o en el CPT.

Boals y Schuettler (2011) replicaron la relación entre centralidad del evento y los síntomas del trastorno de estrés postraumático. La muestra estuvo conformada por 929 participantes (603 mujeres) de la Universidad del Norte de Texas. Se utilizaron el Cuestionario de Eventos Traumáticos, los criterios A1 y A2 del DSM- IV (en forma de preguntas con respuesta dicotómica sí/no), la versión reducida del BOPE para las estrategias de afrontamiento al estrés, la Escala de Centralidad del Evento, la Escala del procesamiento cognitivo del trauma, el Inventario del Crecimiento Postraumático, el PCL-S para medir los pensamientos intrusivos y evitativos propios del TEPT y el Inventario corto de sintomatología depresiva - autorreporte. Para responder a los cuestionarios, se realizaron sesiones en línea de aproximadamente una hora (Boals y Schuettler, 2011).

Los hallazgos confirmaron que la centralidad del evento predice el crecimiento postraumático, aún luego de controlar la sintomatología del TEPT, depresión y las consideraciones del DSM-IV sobre el estado del evento (tanto A1 como A2), los estilos de afrontamiento y procesamiento cognitivo del evento. Consideran que, dado que CE correlaciona positivamente con TEPT y con CPT, la construcción de un evento como CE puede significar una "espada de doble filo", permitiendo tanto la desadaptación como el crecimiento (Boals y Schuettler, 2011).

Resultados similares son obtenidos en el estudio de Groleau et al. (2013). En su estudio, seleccionaron a participantes que hayan vivido un evento (entre 12 opciones) altamente estresante o traumático en los últimos dos años, entre los que se incluyen la muerte inesperada o violenta de un familiar o persona cercana, accidentes propios o en otros significativos con lesiones graves como resultado, haber sido víctima de un ataque físico o sexual, o estar cercano a una zona de combate (Groleau et al., 2013).

Se trataban de estudiantes universitarios, que conformaron una muestra de N = 181; su edad tenía como M = 21.4 años (DE = 4.95) u el 61.5% eran mujeres. Solicitaron el Inventario de CPT, la ECE, el listado de TEPT del PCL, el Inventario de creencias centrales, el Cuestionario de sentido de vida y el Inventario de rumiación relacionada a

un evento (Groleau et al., 2013).

Este estudio no confirma una relación significativa entre la CE y sus efectos en el CPT más allá de las variables previamente asociadas al CPT. Respecto del TEPT, la CE es una variable con capacidad predictiva leve pero significativa, en coherencia con otros estudios. Es decir, que la CE puede influir tanto en el CPT como en el TEPT; los autores hipotetizan que esto puede deberse a como las personas "etiquetan" el evento traumático, si es de forma "positiva" o "negativa" (Groleau et al., 2013).

Newby y Moulds (2011) estudiaron la centralidad del evento, que suele ser asociada a los síntomas depresivos. El estudio se realizó en dos momentos, entrevistando a tres grupos de participantes (N=94): clínicamente deprimidos (N=25), recuperados N=30) y nunca deprimidos (N=20); se les evaluó los síntomas depresivos, las memorias intrusivas y sus características, centralidad del evento y evitación; seis meses luego se evaluó sintomatología ansiosa y depresiva. La CE no correlacionó ni fue un predictor de la depresión o su sintomatología. Sin embargo, sí es un predictor de las memorias intrusivas y la rumiación. Este último aspecto es relevante al momento de caracterizar los tipos de rumiación y cómo se vinculan con la práctica religiosa y espiritual anteriormente comentada.

Kuenemund et al. (2016) caracterizan sobre la coexistencia de cambios identitarios negativos y positivos luego de un accidente cerebrovascular. Estos cambios fueron verificados comparando 26 supervivientes 21 meses luego del accidente con controles sanos (Kuenemund et al., 2016).

Los supervivientes mostraron diferencias significativas al tener un mayor crecimiento postraumático y en la integración del evento crítico a su identidad (centralidad del evento). Asimismo, el análisis cualitativo reveló mayor apreciación por la vida y relaciones más intensas y selectivas, como los cambios positivos más comunes (Kuenemund et al., 2016).

García et al. (2018) analizaron la influencia de los distintos tipos de rumiación (reflexiva, deliberada, negativa e intrusiva) y su impacto en la experiencia subjetiva del crecimiento postraumático (CTP) y en la sintomatología traumática (SPT), luego de un evento altamente estresante (García et al., 2018).

La muestra estuvo conformada por 629 personas (51% varones), verificando una

correlación significativa entre la rumiación deliberada y reflexiva con el CTP, y la rumiación negativa e intrusiva con la SPT. En el caso del CPT, la rumiación deliberada mediaba su severidad, y la rumiación intrusiva influía en la relación de la severidad subjetiva y la rumiación negativa con el SPT (García et al., 2018).

Para ello se utilizó la Escala de severidad subjetiva del evento, la Escala de respuesta rumiativa, la Escala de rumiación relacionada al evento, el SPRINT-E para evaluar la sintomatología postraumática el Inventario de crecimiento postraumático, versión breve y un Cuestionario sociodemográfico (García et al., 2018).

La CE también fue estudiada en el caso de personas con diagnóstico y tratamiento de Virus de inmunodeficiencia humana. Se plantea que las personas que viven con el virus lo integran en su propia definición personal (Onu et al., 2019).

Para ello, evaluaron el crecimiento postraumático a través del inventario corto, la CE a través de su Escala y la calidad de vida en relación a la salud (Reporte del paciente sobre los resultados en la calidad de vida - VIH) en una muestra de pacientes nigerianos que hayan completado un año de tratamiento para el VIH (Onu et al., 2019).

La muestra estuvo conformada por N = 201 pacientes, de los cuales el 31.3% eran varones; al respecto de la edad, la M = 40.1 y la DE = 10.5 (Onu et al., 2019). Por medio de regresiones múltiples, se confirmó una relación entre el crecimiento postraumático luego del diagnóstico de VIH con una mejora en indicadores de salud mental y relaciones con otros significativos. Aquellos que tenían niveles más altos de centralidad del evento del VIH obtuvieron peores resultados en salud mental, relaciones y el impacto del tratamiento, así como un menor crecimiento postraumático. Es decir, la CE moderó la relación entre el CPT y la salud mental, las relaciones sociales y los resultados del tratamiento (Onu et al., 2019).

El desarrollo de modelos cognitivos que pudiesen dar cuenta de estas diferencias es, también, uno de los focos de los estudios más novedosos. Así, la rumiación ha sido resaltada por su aparente relación con respecto de los resultados de la CE en el CPT o TEPT.

Un primer estudio, realizado en el año 2017 por Brooks et al. (2017), explora la relación entre la rumiación, la CE y el control percibido desde el modelo cognitivo de crecimiento y estrés (CGAS). La rumiación deliberada, intrusiva, las percepciones de

control sobre el futuro y el presente y la CE fueron considerados como predictores del CPT o del TEPT. En la investigación, se le solicitó a N = 250 supervivientes de eventos estresantes -de los cuales el 74.4% eran mujeres, edad M = 35.21 años, DE = 13.41, de entre 16 a 79 años- que respondiesen a una batería de instrumentos: la Escala de diagnóstico del TEPT, la ECE, el Inventario de rumiación en relación con un evento, la Escala de control percibido sobre un evento estresante, la versión abreviada del Inventario de CPT y el PSTD-8 para la sintomatología de TEPT.

Concluyen que la rumiación, la centralidad del evento y la percepción de control son factores significativos y determinantes en el resultado positivo o negativo a nivel psicológico, y que este cambia a través de un amplio espectro de eventos adversos (Brooks et al., 2017). Esto indicaría que el modelo CGAS se encuentra en desarrollo temprano; es decir, la rumiación intrusiva se encuentra asociada con mayores niveles de distrés; sin embargo, la rumiación deliberada estaba asociada pero no predice el CPT. Esto podría señalar la necesidad de ciertos tipos de contenidos cognitivos en la rumiación deliberada que tenga como consecuencia resultados positivos para la salud mental. Finalmente, la CE mediría entre los tipos de rumiación y entre la rumiación intrusiva y la sintomatología postraumática (Brooks et al., 2017).

El estudio realizado por Yanik y Üstündag-Budak (2019) se realizó con la participación de supervivientes de cáncer de mama. Fueron N = 40 pacientes, con edades entre 29 y 79 años (M = 47.33, DE = 9.32) de distintos puntos de Turquía.

Su objetivo fue explorar la relación entre los distintos tipos de rumiación (intrusiva y deliberada) y la centralidad del evento, así como su relación con el CPT y TEPT. Para ello, utilizaron el Inventario de rumiación con relación al evento, la escala de centralidad del evento, el inventario de crecimiento postraumático y el PCL-5 para el DSM-5 (Yanik y Üstündag-Budak, 2019).

Así, sus resultados indican que la rumiación deliberada correlaciona de forma moderada con la centralidad del evento y el CPT, así como con la CE y el TEPT. Estos resultados, concluyen los autores, señalan la importancia de seguir profundizando en la conceptualización teórica y el estudio de la CE y su relación con el CPT y TEPT, así como el rol de los contenidos mentales de las personas que viven eventos traumáticos y altamente estresantes (Yanik Can y Üstündag-Budak, 2019). Como se puede observar, ambos casos tienen dificultades para poder dar cuenta del rol de la rumiación, así como

de los contenidos mentales, en la relación entre CE y el CPT/TEPT.

2.4.4. Variables de interés

El desarrollo teórico entre autotrascendencia y propósito de vida aproximan a los constructos: así, los aportes de Frankl son esenciales en los dos casos, para caracterizar el rol de ambos en la calidad de vida de las personas.

Temporalmente, el PDV es previo a la autotrascendencia como concepto teórico central en la logoterapia de Frankl. Justamente el vacío existencial es al cual se refiere como la fuente del malestar contemporáneo de la humanidad, y la neurosis noógena como conclusión más avanzada (Frankl, 1959). La autotrascendencia se suma a sus desarrollos teóricos como una forma de alcanzar el sentido, la motivación que activa la acción intencional humana en la búsqueda de propósito y sentido de vida (Frankl, 1966).

La autotrascendencia es, en términos de Frankl (1966), acción, es actividad intencional, con propósito y orientada con valores. Es una toma de perspectiva de la propia existencia más allá de los límites personales ego-centrados. A través de ella se puede tomar mayor conciencia sobre el entorno y sobre la orientación de la propia vida (Reed, 2018). Esto se relaciona con la idea de dirección que provee el PDV. Es decir, ambas variables promueven la acción intencional del sujeto, en la búsqueda activa del sentido de vida. Su forma de accionar, en este punto, diverge: mientras que el PDV son las acciones y se traduce en metas, la autotrascendencia está en contacto con otros y con el mundo, más allá de los intereses personales (Frankl, 1966; Noblejas de la Flor y Rodríguez, 2005), criterio que no se corresponde necesariamente al PDV.

Ambas ofrecen un sentido, tanto en orientación como en razón, mejorando la tolerancia a la incertidumbre en relación con la existencia, y fomentando un pensamiento más pragmático, proporcionando una nueva perspectiva al sufrimiento humano (Reed, 2018). En el caso de la autotrascendencia, cuando esta se expresa de forma transpersonal, se traduce en una perspectiva espiritual (Coward y Reed, 1996).

Tanto PDV como autotrascendencia se relacionan con el bienestar. Para Reed (2018), la autotrascendencia es un precursor del bienestar humano; para Ryff (1995) el PDV es un componente entre los seis factores que hacen al bienestar. En este mismo sentido, Reed (2018) considera que uno de los indicadores del bienestar humano es la

percepción de que la vida tiene sentido. Es decir, se está hablando de variables que influyen no evitando el sufrimiento, sino proveyéndole de sentido y forma que lo vuelve tolerable y permite integrarlo en la experiencia subjetiva, en tanto tiene una razón. De esta forma, el dolor y el sufrimiento no conllevarían a la desesperación (Noblejas de la Flor y Rodríguez Fernández, 2005). En cierto sentido, el PDV sería el para qué, mientras que la autotrascendencia sería un cómo.

Profundizado esta mirada, la interpretación de autotrascendencia de Levenson et al. (2001) la vincula a un modelo liberal del desarrollo adulto; esta propuesta se enfoca en el sentido volitivo del desarrollo humano para el adulto, relacionado a su intencionalidad. Entonces la autotrascendencia es uno de los objetivos del desarrollo adulto, y no así la reelaboración del propio yo; este objetivo es una manera de actuar y reaccionar, y aumenta la habilidad intencional y activamente buscar un objetivo, y no apegarse al objetivo en sí (Levenson et al., 2001). Apelando a las palabras de Frankl (2009, citado en Noblejas de la Flor, 2018) sobre la autotrascendencia: “es plenamente él mismo cuando se pasa por alto y se olvida de sí mismo”.

El PDV, en este sentido, es la brújula que uno puede decidir utilizar o no (McKnight y Kashdan, 2009). El propósito en el horizonte le ofrece al sujeto algo por lo cual seguir avanzando para lograrlo y se vuelve central en la personalidad. Esto contradice la idea de que un evento, único y preciso, pueda ser un punto central en la identidad de una persona, contrario a lo que sucede en el caso de la CE. Paralelamente, la centralidad del evento se vincula al sentido que esta experiencia toma en la memoria autobiográfica, lo cual determina sus efectos en términos de TEPT o CPT. Como se comentó, no todas las personas construyen CE, y la forma en la cual el CE impacta en la evolución clínica posterior dependerá de variables personales como las estrategias de afrontamiento, el soporte social y los recursos cognitivos.

Entonces, el propósito de vida podría influir en cómo se construye este sentido. Las personas que orientan su acción a metas, en la consecución del propósito de vida que direcciona su desarrollo personal, contarían con otro tipo de herramientas protectoras frente al desarrollo de la CE. Frente a los eventos adversos, tendría un marco que le proveería de sentido y de razón (Ryff, 1995).

Sin embargo, contar con un PDV permitiría orientar la acción sobre este objetivo a alcanzar, lo cual se volvería aquello que le da sentido al resto de las experiencias, no

se encontraría en el pasado sino en el futuro, y se volvería central en la identidad personal (McKnight y Kashdan, 2009).

Respecto del bienestar y, específicamente con el PDV como uno de los factores que inciden en él, existe evidencia sobre su relación con la CE y los eventos traumáticos interpersonales; es así que para los casos de abuso sexual y muerte de un ser querido, la centralidad del evento era más intensa, y correlacionaba de forma negativa y significativa con el factor PDV de la Escala de bienestar de Ryff (Wamser-Nanney et al., 2018) Esto da cuenta que el tipo de experiencia traumática influye en la capacidad de desarrollar o aproximarse al PDV que permita darle un sentido a esta.

De la mano con esta idea, se ha comprobado que, a menor sentido de vida, mayor centralidad el evento y sintomatología de TEPT más intensa para los casos duelo (Bellet et al., 2018). Esto insiste en la idea de que es más probable que se afecte el PDV (o el sentido de vida, como es el caso) cuando el evento traumático está ligado a la trama interpersonal.

A manera referencial, se toma la investigación de Ehlers et al. (1999), en ella se muestran los resultados frente al papel mental y la alienación, para ello se encontró que un grupo considerable muestra poca evidencia de planificación mental y al menos, la mitad de los participantes siente una derrota mental y psíquica, tras los resultados de la escala de alienación se encuentra que se correlaciona de manera negativa con el porcentaje de mejoría en los síntomas de TEPT.

La autotrascendencia es la capacidad de salir del pensamiento auto centrado y distanciarse (Garcia-Romeu, 2010); esta cualidad del pensamiento autocentrado es parte de las características de la CE: este se recuerda de forma vívida y auto focalizada (Bernsten y Rubin, 2006a), como parte de la narración de eventos que integran la memoria autobiográfica.

Asimismo, siendo la autotrascendencia una propuesta de desapego (Levenson et al., 2001), permitiría poner en perspectiva esta experiencia en el marco de un sentido más integral y holístico, quitando del centro de la escena de la vida subjetiva y de la memoria autobiográfica un evento en específico. En este sentido, Frankl considera al auto desapego y a la autotrascendencia como las dos capacidades humanas que llevan a la acción con sentido (Frankl, 1966).

También, ella fomenta la tolerancia a la incertidumbre (Reed, 2018); de esta forma, la experiencia de sufrimiento podría ser aceptada como uno de los aspectos de la vida, así como la muerte, y actuaría como medida protectora frente al desarrollo de CE por afectos negativos.

Por otra parte, respecto a la variable de centralidad del evento, no se han encontrado investigaciones que relacionen la variable con la autotrascendencia/alienación, relacionadas a la espiritualidad y el propósito de vida, sin embargo, a lo largo de la presente investigación y los resultados encontrados se pueden relacionar algunas características relevantes que puede dar lugar a la relación, como, por ejemplo, el conocimiento de cómo operan los principios relacionados entre sí: autotrascendencia-alineación, en relación con el propósito de vida en pacientes diagnosticados con cáncer, para lo cual, tiene como implicancia práctica el desarrollar programas de intervención, individuales y grupales, que se centren en temas de autotrascendencia, alineación y propósito de vida que permitan a los pacientes superar la enfermedad y la experiencia traumática que deviene del tratamiento de la enfermedad, aun cuando la evolución de la enfermedad depende de las variables subjetivas en cada mujer, lo cual se relaciona directamente con el apoyo familiar, el propósito de vida o, la manera en la que asimile los cambios en su estilo de vida tras el diagnóstico.

Los estudios que han explorado la Autotrascendencia también lo han analizado en conjunto a la espiritualidad y la resiliencia. Una de las diferencias entre los enfoques sobre autotrascendencia es en cómo construyen la relación entre esta y espiritualidad. Para el modelo de la enfermería, la autotrascendencia es consecuencia de la perspectiva espiritual, la aceptación y la esperanza. La espiritualidad es la experiencia de la autotrascendencia transpersonal. Es decir, es una de las cuatro dimensiones en las cuales se puede expresar la experiencia personal de la autotrascendencia (siendo las otras intrapersonal, interpersonal y temporal) (Reed, 2018). La espiritualidad es la evidencia conductual de la autotrascendencia (Reed, 1987).

En cambio, para la logoterapia y la psicología transpersonal, la autotrascendencia es fuente por la espiritualidad humana; asimismo, considera a la autotrascendencia y al desapego una de las cualidades intrínsecamente humanas que pueden ser desarrolladas. Entonces, la autotrascendencia es evidencia de la espiritualidad porque es su voluntad de búsqueda de sentido; esto conllevaría a mejorar el sentido de vida y el bienestar (Frankl, 1966).

Esto podría explicar por qué la autotrascendencia correlaciona de forma positiva con el bienestar espiritual, dado que existe evidencia de una relación entre ambas variables y su comportamiento (Haugan et al., 2014).

La dificultad está, sin embargo, de reconocer la forma en la cual interaccionan ambas variables y la dirección de la interacción se relaciona con su operativización: si efectivamente la espiritualidad es la evidencia operacional (Reed, 1987) de la autotrascendencia, es complejo poder generar instrumentos para su evaluación con capacidad discriminativa a ese nivel, que puedan dar cuenta de la cualidad de esta relación entre ambas variables.

Sobre este debate, no se puede dejar de incluir los aportes de la trascendencia espiritual planteada por Piedmont (1999). Así, él considera que es aquello que las religiones incentivan que las personas hagan: "reconocer lo limitado de sus perspectivas, la cual está anclada en un tiempo y lugar específico" (Piedmont, 1999, p. 988, traducción propia).

Esta capacidad se corresponde a la autotrascendencia, así como la plantea Frankl (1966), recapitulando: se refiere a salirse de su percepción de la vida más inmediata, proponiendo una mirada más amplia, a largo plazo, y más objetiva. Al ser una forma específica de la trascendencia, la trascendencia espiritual invita a traspasar los límites de la individualidad y reconocer los lazos humanos que nos conectan con quienes nos rodean, con nuestro ambiente y hasta con la naturaleza misma, que no pueden ser cortados, "ni siquiera por la muerte" (Piedmont, 1999), aspecto que da cuenta de su sentido espiritual.

Esta propuesta teórica se articula con la de Frankl (1966) en otro punto, que es por su mirada holística y del compromiso con otros. Como se comentó antes, Frankl (1966) plantea que la autotrascendencia es la conexión con otros, la de amar a alguien más que a uno mismo, a algo más grande. Como tal, ambas (la autotrascendencia y la trascendencia espiritual) son fuente de motivación para la actividad, se traduce en una dirección que determina cursos de acción.

Este tipo de trascendencia se distingue de la religiosidad puesto que es más amplia, es la motivación que respalda la acción tanto secular como religiosa, más allá del contexto donde se presente (Piedmont, 1999). Las dimensiones que se analizan para la trascendencia espiritual son la conectividad, la universalidad, y el cumplimiento de

la oración; asimismo, integra la tolerancia a la paradoja (una conferencia con la función de la autotrascendencia para Reed, 2018), la aceptación sin juzgar, el existencialismo y la gratitud. Este autor resalta las convergencias con la psicología existencialista planteada por Frankl sobre la espiritualidad y la trascendencia. Sin embargo, es importante reafirmar que luego, en los ‘60, Frankl consideraría a la autotrascendencia la fuente de la espiritualidad.

Entre las otras variables que modulan la resiliencia y actúan como protectoras, se encuentra el PDV. Su aporte concreto sería proveer de una perspectiva más amplia y holística a los momentos adversos o a los obstáculos, promoviendo la acción con sentido. Como objetivo final que le da sentido a la vida del sujeto, le provee de sentido específico a las experiencias negativas, y permite posicionarlas más allá de la perspectiva individual e inmediata (Irurzun y Yaccarini, 2018).

De esta manera, las personas podrían ver los eventos negativos como parte del camino, y no como un hecho que en sí mismo encierra un sentido único. En este sentido, se contradeciría con la idea de la CE. Por otro lado, contar con un objetivo a largo plazo permite evaluar las experiencias actuales de forma más objetiva, poniendo en perspectiva los resultados (Irurzun y Yaccarini, 2018).

Las prácticas religiosas y espirituales son una fuente de bienestar para las personas, pero que se puede traducir a una fuente de sufrimiento si son percibidas como demandas y tensiones. Así, se confirmó la relación entre los afectos negativos, la centralidad del evento (para el caso de veteranos de guerra) y las tensiones religiosas con los síntomas del TEPT (Boals y Lancaster, 2018).

Efectivamente, eso se confirma en otros estudios, donde los afectos negativos y CE correlacionan con la sintomatología del TEPT (Bernstein y Rubin, 2006; Boals y Schuettler, 2011; Boals et al., 2012; Bernard et al., 2015; Boals y Ruggero, 2016). En el caso de la espiritualidad y la religiosidad, el evento traumático "resquebraja" la idea de que el mundo es un lugar seguro y benevolente, lo cual puede interpelar el núcleo de las creencias religiosas o espirituales. Y luego, esta experiencia de malestar y tensión en el campo de la experiencia religiosa y espiritual puede reforzar la experiencia traumática como central en la historia de vida, lo que influye en mayor afecto negativo y vuelve a redundar en la centralidad de este evento (Boals y Lancaster, 2018).

Así, la religión y la espiritualidad dejan de ser un factor de protección frente a

los eventos estresantes, ni se configuran como una estrategia de afrontamiento activa, ni promueven la resiliencia; por el contrario, al encontrarse en tensión en la vida de las personas, actúa como factor que acentúa la CE de la experiencia traumática. Entonces, se genera un círculo de retroalimentación del malestar, que intensifica la sintomatología del TEPT. Para estos casos, el soporte social ha demostrado ser una variable que modula entre el confort religioso y el bienestar, en términos de satisfacción con la vida y afectos positivos (Boals y Lancaster, 2018).

Esto redunda en la preocupación sobre la función de la CE en la memoria autobiográfica y su valor en la calidad de vida de las personas. Concepto que proviene del campo de la física en tanto se define a la resiliencia como la capacidad de volver al estado anterior, o sea la resistencia como la capacidad de recuperación original. Esta se considera una variable protectora de la salud física y mental, la cual tiene la capacidad de modular la experiencia de eventos estresantes (Irurzun, y Yaccarini, 2018). Es decir, es la capacidad del sujeto para orientarse en situaciones desfavorables, recuperando el sentido de vida y evolucionando aún en estas condiciones (Preuss, 2019).

La resiliencia se considera como un constructo que apunta a la posibilidad de transformar la situación y salir transformado de la misma. La capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, y salir fortalecido o transformado luego de las experiencias de adversidad (Grotberg, 2001). Transformar y salir transformado.

Resiliencia y salud interaccionan en campos tales como la fortaleza de las personas para recuperarse o sostener enfermedades crónicas, así como en el afrontamiento del dolor (Catalano et al., 2011; Evers et al., 2011; Moskowitz, 2010; Ong et al., 2010; Vinaccia et al., 2012).

Como variable, indica la evolución positiva frente a un hecho adverso o estresante que ha experimentado la persona; en este sentido, tiene similitud con el CPT, aunque este requiere la vivencia de un hecho traumático para la persona, es decir que ha sobrepasado los recursos de afrontamiento con los cual cuenta el sujeto. Es por esto que la resiliencia tiene una correlación positiva con el CTP y negativa con el TEPT (Bensimon, 2012). Existen personas que, en su propio despliegue, pueden construir vidas valiosas, admirables, creativas, o en palabras de Maslow basadas en valores del Ser. Por sus cualidades, tanto la autotrascendencia como el PDV son variables protectoras frente al estrés y pueden fomentar la resiliencia.

Para el caso del PDV, esto se explica porque su presencia le permite dar sentido a la experiencia dolorosa, que se encontraría enmarcada en un proyecto de vida a largo plazo (Cazabonne, 2019). Su acción específica está ligada a que el PDV permite reconfigurar los eventos estresantes y lidiar con ellos de forma activa, lo cual facilita la recuperación por el trauma. En esta misma línea, el PDV promueve la regulación emocional de forma automática, aún frente a estímulos negativos, puesto que cuenta con un sentido más grande y a largo plazo de propósito, que orienta la acción cotidiana (Schaefer et al., 2013).

La resiliencia, por lo tanto, protegería frente al desarrollo del TEPT; al mismo tiempo, se contradice con la centralidad del evento traumático (Preuss, 2019). Aun así, como señala Preuss (2019) existen lagunas donde se debe seguir profundizando sobre estas relaciones.

Una referencia ineludible sobre la relación entre resiliencia, percepción de coherencia, PDV y autotrascendencia es el estudio llevado adelante por Nygren et al., (2005), el cual confirma una relación positiva entre estas variables. En este estudio también se verifica una relación positiva entre los resultados del PIL (para PDV) y la salud mental percibida, así como para el STS (autotrascendencia), sobre todo para el caso de la muestra de mayor edad, y específicamente en el género femenino (Nygren et al., 2005).

Entre las conclusiones del estudio se vincula es que, en primer lugar, las síntesis entre los instrumentos utilizados evalúan alguna dimensión de la fortaleza interior de las personas, y que esta se mantiene estable entre los participantes más mayores y los más jóvenes; en segundo lugar, explora el rol del género sobre la percepción de la salud mental, que fue significativamente distinta en entre ambos (Nygren et al., 2005).

La autotrascendencia promueve la sanación a través de la integración de los aspectos negativos de la situación con la persona; de esta forma, mejora la autoestima y se genera y/o fortalece el propósito y el sentido de vida (Coward y Reed, 1996). En este sentido la autotrascendencia es una forma de llegar a propósitos de vida que ponen el horizonte mucho más allá de uno mismo, motivando el movimiento y la acción volitiva y con sentido. Sin embargo, esto puede contradecir la idea tradicional de “resiliencia”, de volver al “mismo” estado que antes, puesto que la sanación desde esta postura es incorporar lo adverso, lo doloroso y lo incierto en la vida y darle espacio allí.

Quizás el punto de convergencia sobre este abordaje de la resiliencia sea la logoterapia como abordaje integral. Es así como desde la logoterapia, el sufrimiento puede cobrar un sentido como oportunidad para aprender a vivir con el dolor y tolerarlo, entrenando el "valor de sufrir". Es verlo como un desafío que es parte del camino al desarrollo personal (Nobleja de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005); este último punto es precisa la convergencia específicamente con el PDV.

La resiliencia emerge de esta práctica de afrontamiento directo al sufrimiento, con reconocimiento de la responsabilidad en la propia existencia que tiene como consecuencia a la reconstrucción de uno mismo luego del fracaso o el dolor. Esta forma de interpretar la resiliencia permite resignificar el evento doloroso, hacerlo parte de la experiencia humana como oportunidad para potenciar, fortalecerse y crecer (Nobleja de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005).

Para la resiliencia personal, desde esta perspectiva, se debe fomentar la búsqueda de un sentido que vaya más allá de la experiencia inmediata de dolor. Requiere, a su vez, del autodistanciamiento, "*no soy lo que me sucede*" (Nobleja de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005); este concepto es clave en contraposición de la idea de la centralidad del evento. Este evento negativo no define al sujeto, ni a su historia de vida ni a su identidad.

Esto no puede lograrse sin el aporte del autoconocimiento y la responsabilidad sobre la propia vida, que también aportan a la resiliencia al ubicar la experiencia en el campo de lo humano. La responsabilidad se construye también desde la capacidad de la crítica y valoración personal desde una perspectiva más amplia, sin perder la autoestima. También necesita una cuota de humor, para proveer de energía en la lucha. Esto a su vez proveerá de iniciativa y creatividad, que ampliará el campo de las acciones posibles para la resolución obstáculo y la resignificación del dolor (Nobleja de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005).

Por último, la resiliencia personal no se puede construir sin el apoyo de otros, del vínculo afectivo y la capacidad de relacionarse de forma significativa (Nobleja de la Flor y Rodríguez-Fernández, 2005). El soporte social, como se ha comentado, es una variable que incide en el procesamiento de los eventos traumáticos (Boals y Lancaster, 2018).

2.5. El cáncer

El cáncer, como un evento estresante en la vida de las personas, ha sido atendido por la psicología durante décadas. Es así como existe un campo específico para ello, la psicooncología, el cual sin embargo es bastante reciente. El cáncer de mama es una experiencia que puede considerarse como devastadora para la mayoría de las mujeres diagnosticadas, tanto así que genera sentimientos negativos llegando a afectar de manera considerable la psicología de la mujer, incluso, ser diagnosticada puede llevarle al punto de amenazar "su integridad psicosocial, provocando incertidumbre en cuanto a lo sucedido con el tratamiento y se enfrentan constantemente a la posibilidad de recurrencia o a la muerte" (Gallegos et al., 2008), además, de sufrir una serie de necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales que pueden llegar a desmejorar la calidad de vida del paciente. Muy a menudo el mismísimo diagnostico no solo provoca sentimientos de miedo y ansiedad, durante ese periodo inicial de shock sino también provoca reacciones de sobresalto e incredulidad, tristeza, indefensión y desesperanza. (Spiegel, 1990). Dicha experiencia no solo dependerá del pronóstico médico y los alcances posibles de tratamiento, sino también de su personal biografía, creencias disfuncionales, reacciones previas a situaciones críticas, contexto social y cultural.

En este sentido, según los datos obtenidos de la investigación de Guerra y Pino (2014), tras el diagnóstico de cáncer de mama el paciente se ve obligado a enfrentar varios sentimientos de miedo, desasosiego o situaciones estresantes que le pueden dificultar su adaptación con la sociedad, por tal motivo, se requiere de la creación de mecanismos de afrontamiento que permitan devolver la esperanza y el propósito de la vida a través de la espiritualidad, atravesando los límites físicos o simbólicos, de forma tal que se logre vincular la autotrascendencia como aquella manera de trascender y alcanzar de una forma u otra, algo que está fuera de los límites que impone el cuerpo (Forgiony-Santos et al., 2019).

Los pacientes deben ser abordados desde la comprensión y entendimiento de sus síntomas tanto físicos como de la personalidad de cada uno de ellos, contribuyendo a facilitar el entorno social para su recuperación, en consecuencia, la sensibilidad hacia sus necesidades espirituales, y la trascendencia de morir sin ser juzgado, y sin prejuicios, esta actitud debe ser entrelazada a lo largo del desarrollo de la enfermedad y tratamiento ofrecido (Gallegos et al., 2008), siendo esto, una contribución a su bienestar espiritual

y, por ende, a un encuentro del propósito de vida, aun en situaciones devastadoras.

De ahí que el bienestar espiritual vislumbra la habilidad para descubrir y desplegar un propósito personal en la vida, aprender cómo vivenciar amor, disfrutar paz y sentido de logro incrementando a una mejor calidad de vida (Gallegos et al., 2008), este sentido de espiritualidad es, según Puchalski y Romer (2000, citado en Puentes et al., 2015), un constructo que permite al individuo experimentar un sentido trascendente de la vida, que incluye los conceptos fe y significado o sentido vital.

La autotrascendencia contraria a la religiosidad hace referencia a la búsqueda, a través de una experiencia propia, la ruta o el horizonte de la vida, buscando de allí la ruta o el camino para el propósito y el sentido que la vida tomara, según la investigación de Puentes et al., (2015), "Esta revisión se basa en el examen de las posibilidades psicométricas de varias escalas desarrolladas para medir la espiritualidad/religiosidad" (p. 484).

La investigación de Puentes et al., (2015), demostró que la espiritualidad y la religiosidad pueden garantizar mecanismos de afrontamiento del cáncer desde diferentes campos, a saber "cognitivos, afectivos, psicológicos y comportamentales" Así pues, los pacientes están de acuerdo en decir que este es un factor importante para sobrellevar la enfermedad y encontrar propósito en la vida pese al contexto y la situación, siendo esto que los niveles de espiritualidad y religiosidad elevados, mejoran el bienestar general e incrementan la calidad de vida de los pacientes con cáncer (Ocampo et al., 2011).

Por otra parte, investigaciones como las de Pérez et al. (2019); Franco et al. (2016), Vázquez y Carrascosa (2012), Guerrero et al., (2016); Garduño et al., (2010) o, Martin et al, (2005), entre otros, mostraron resultados positivos en su toma de muestras frente a la espiritualidad como mecanismo de afrontamiento para encontrar un propósito en la vida después del diagnóstico del cáncer de mama, con esto, señalando que mujeres con cáncer de mama de diferentes culturas y prácticas espirituales, manifiestan que la espiritualidad les ayudó a reorganizarse psicológicamente (Pérez, et al., 2019), resaltando la importancia de la espiritualidad–autotrascendencia con el propósito o el sentido de la vida posterior al diagnóstico de cáncer de mama.

Desde la perspectiva del psicoanálisis se ha estudiado el sufrimiento psicológico en personas diagnosticadas de cáncer, concuerdan en que el diagnostico puede conllevar

a una serie de reacciones emocionales negativas y la expectativa de vida en la cual el dolor se manifestará presente (Garduño et al., 2010), entre estos síntomas, se destacan la depresión y la ansiedad. el cáncer de mama, un caso particular, debido a que afecta una zona femenina que se asocia íntimamente con la autoestima y la sexualidad de la mujer, siendo este tratamiento altamente traumático, en especial para mujeres menores de 45 años, debido a que su pérdida de autoestima causante de la femineidad genera una experiencia que incluye sentimientos y actitudes de incredulidad, negación o desesperación, especialmente en condiciones culturales de relativa marginalidad (Garduño et al., 2010).

Tras el diagnóstico, algunas pacientes refieren sintomatología que las llevan al aturdimiento y alienación, desesperación y desmoralización, sintomatología ansiosa o depresiva, problemas cognitivos de atención y concentración, y alteración de las actividades diarias (Garduño et al., 2010), cuyos efectos son usualmente tratados a través de la espiritualidad. Con lo anterior, se propicia al mejoramiento de los sentimientos negativos, devolviendo a la mujer un estado de confianza y bienestar que le permita encontrar su sentido de vida.

No obstante, pese a todas las consecuencias que hay tras el diagnóstico, existen situaciones que hacen el trauma más difícil de superar, verbigracia, el caso de una mujer soltera, pues al parecer, en ellas la amenaza de su femineidad trae más complejos y problemas de autoestima, así pues, de todo el proceso y tratamiento al que se deben enfrentar las mujeres diagnosticadas, el más traumático es la mastectomía, situación en la que se suelen producir vivencias de pérdida, mutilación y desvalorización de su imagen corporal (Garduño et al., 2010), afectando especialmente a las mujeres jóvenes, solteras y sin pareja, por sentir inmediato el riesgo de perder el atractivo femenino y con ello su fertilidad.

El estudio de Gómez et al., (2015), ha relacionado la teoría de Freud como un caso paradójico en el que juega la pulsión y, desde Lacan, frente a su función simbólica del significante y del significado, teniendo como análisis que el paciente desarrolla una psicología subjetivante desde la “mama como lugar erotizado de manera privilegiada en el cuerpo de las mujeres” (p. 39), así pues, en palabras de los autores:

> La enfermedad y sus efectos pueden ser, al mismo tiempo, intentos de expiación, purificación o liberación de la culpabilidad, entendida esta última, tal como lo

> indica Lacan, siguiendo a Freud, a partir de la renuncia al deseo subjetivo por haberse ubicado en la posición de servidumbre en la búsqueda del reconocimiento de un lugar en el deseo de ese que representa la función del Otro y que, en el caso de Sorel, se encuentra situado en el desinterés de la madre. (p. 39)

En estos estudios sobre el cáncer de mama desde el psicoanálisis, se considera que el sufrimiento psicológico del paciente afecta significativa la calidad de vida de las personas, especialmente porque esta es una zona u órgano se considera un valor único en la mujer, así pues, la depresión grave es más evidente en mujeres para quienes se afecta un órgano intimo como el caso de la mama.

Además de los efectos que el sufrimiento psicológico trae a la vida de la mujer con diagnóstico de cáncer de mama, se acompañan otros síntomas que dificultan el bienestar que son propios de los tratamientos y del trauma que ellos ocasionan para la vida diaria de la mujer, como vómitos, pérdida de cabello, disminución del apetito, cambios abruptos de temperatura en la piel, diarreas, entre otros que terminan por afectar, considerablemente, la calidad de vida del paciente.

Aunque muchos de los tratamientos realizados para pacientes diagnosticadas se suelen tener resultados exitosos, el sentimiento incierto por el futuro, la vulnerabilidad frente al miedo de una nueva recaída o, incluso, del surgimiento de complicaciones más adelante, hace que el propósito de la vida sea más difícil de encontrar y de seguir; así pues, la autotrascendencia, es una forma que orienta la persona a un autodistanciamiento, en cuyo caso, la persona tiene la posibilidad de tomar una distancia de sus emociones, sentimientos, pensamientos, etc., y llevarle a un estado en el que pueda adoptar actitudes hacia el exterior y con ello encontrar un nuevo significado al propósito de vida, buscando, en un universo sin sentido, los propios significados que logre construir el mundo propio (Torres, 2020).

Torres (2020), encuentra de su investigación que el autodistanciamiento, más allá de ser una terapia para la toma de decisiones en distancia de sus emociones, es una terapia que busca la aceptación del paciente frente al nuevo reto que debe proponerse para seguir luchando por la vida y por un nuevo sentido, en este sentido:

El autodistanciamiento tendrá como objetivo que la persona sea capaz de poner distancia consigo misma, es decir con sus emociones, pensamientos... con el fin de

adoptar una posición de perspectiva que le permita ser libre en sus elecciones. La autotrascendencia, estará orientada en la naturaleza expansiva del ser humano, es decir, una vez adoptada una posición de distanciamiento con uno mismo, la persona podrá adoptar actitudes hacia el exterior, en concreto direcciones de valor personal que hagan que la persona trascienda al mundo (Torres, 2020).

Según lo anterior, la búsqueda del autodistanciamiento y la autotrascendencia permiten al paciente tomar decisiones más objetivas y tener un panorama más adecuado y amplio frente a las posibilidades, cambiando el patrón de control y huida (Torres, 2020).

Siendo así, Torres (2020), relaciona las variables del sentido de la vida como una de "las preocupaciones existenciales" (p. 18), frente al "horizonte terapéutico" (p. 18) de autodistanciamiento y la autotrascendencia, en el término que se manifiesta como el alcance de altos niveles de espiritualidad, en tanto llevaría a lograr el bienestar y mejor calidad de vida al construir sus propios sentidos vitales.

A manera referencial, se toma la investigación de Ehlers et al. (1999), en ella se muestran los resultados frente al papel mental y la alienación, para ello se encontró que un grupo considerable muestra poca evidencia de planificación mental y al menos, la mitad de los participantes siente una derrota mental y psíquica, tras los resultados de la escala de alienación se encuentra que se correlaciona de manera negativa con el porcentaje de mejoría en los síntomas de TEPT.

Por otra parte, respecto a la variable de centralidad del evento, no se han encontrado investigaciones que relacionen la variable con la autotrascendencia/alienación, relacionadas a la espiritualidad y el propósito de vida, sin embargo, a lo largo de la presente investigación y los resultados encontrados se pueden relacionar algunas características relevantes que puede dar lugar a la relación, como, por ejemplo, el conocimiento de cómo operan los principios relacionados entre sí: autotrascendencia-alineación, en relación con el propósito de vida en pacientes diagnosticados con cáncer, para lo cual, tiene como implicancia práctica el desarrollar programas de intervención, individuales y grupales, que se centren en temas de autotrascendencia, alienación y propósito de vida que permitan a los pacientes superar la enfermedad y la experiencia traumática que deviene del tratamiento de la enfermedad, aun cuando la evolución de la enfermedad depende de las variables subjetivas en cada

mujer, lo cual se relaciona directamente con el apoyo familiar, el propósito de vida o, la manera en la que asimile los cambios en su estilo de vida tras el diagnóstico.

Aquí se pretende reconocer las variables de estudio más relevantes en el campo, y su perspectiva más próxima. En primer lugar, los análisis más actuales sobre las problemáticas psicológicas presentes en pacientes o supervivientes de cáncer. Y, en segundo lugar, las intervenciones para mejorar indicadores de salud mental en esta misma población.

2.5.1. Impacto en la salud mental

Para el caso del cáncer de mama, el tratamiento quirúrgico se trata, precisamente, de extirpar el tejido de la mama. Esto, además de ser un evento altamente estresante en la vida de cualquier persona, en el caso de las mujeres puede tener un impacto grave en su autoestima, en su imagen corporal y hasta en su vida sexual.

Justamente sobre ello se enfoca el estudio realizado por Bakht y Nejafi (2010). Reclutaron a un total de N = 40, donde N = 20 eran grupo control y N = 20 eran mujeres que hayan pasado una mastectomía, de al menos una mama, y que hayan finalizado la quimioterapia; las mujeres debían tener menos de 50 años, estar casadas y ser sexualmente activas; asimismo, se homogeneizó la muestra en base a sus características sociodemográficas. A ellas se les aplicó el Cuestionario multidimensional sobre reacciones sobre el cuerpo y el yo y el índice de la función sexual femenina. No se hallaron diferencias entre ambos grupos para la función sexual global, pero sí hubo diferencias en la excitación sexual, la satisfacción sexual y el dolor; no hubo diferencias para lubricación y orgasmo entre ambos grupos. Las diferencias continuaron en relación al puntaje total de imagen corporal, y únicamente la subescala de autoclasificación del peso no tuvo diferencias significativas; es decir, las subescalas de evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, evaluación de estado físico, orientación hacia el estado físico y áreas satisfactorias del cuerpo mostraron diferencias significativas (todas para $p < 0.01$) (Bakht y Nejafi, 2010). Si bien la muestra era muy pequeña para generalizar los resultados, señala e insiste en un aspecto muy importante sobre el tratamiento del cáncer de mama: los efectos que tiene para la satisfacción con la imagen corporal son diferentes y significativos en comparación al grupo saludable, lo cual indica que este sufrimiento se vincula con la experiencia del cáncer o con los efectos que tuvo el tratamiento en su cuerpo (Bakht y Nejafi, 2010).

Efectivamente, para el caso de las pacientes que deben afrontar una mastectomía existe la opción de reconstrucción. Sin embargo, esto no garantiza que se pueda volver a un estadio anterior de satisfacción corporal y autoestima. Este fue el objetivo del estudio realizado por Rincón et al. (2012). Se preguntaron, a su vez, si el tipo de cirugía afectaba estos resultados. Para ello, solicitaron a N = 72 participantes, que rellenen la Encuesta psicosocial, la Escala de autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de calidad de vida de la EORTC y la prueba de medición del grado de satisfacción corporal (Rincón et al., 2012). Se trató de dos grupos divididos, a su vez, en otros dos grupos. El G1, de N = 36, contenía a las mujeres con mastectomía simple unilateral sin reconstrucción (N = 18) y mastectomía radical modificada unilateral sin reconstrucción (N = 18). Para el G2, el primer subgrupo fue de pacientes con reconstrucción mamaria inmediata (N = 18) y diferida (N = 18) (Rincón et al., 2012). Los resultados indicaron una mayor satisfacción estética para el caso de las mujeres que tuvieron reconstrucción mamaria, indistinto si inmediata o diferida, así como una mayor autoestima con un menor nivel de deterioro de la imagen corporal. No hubo diferencias a nivel de satisfacción con la vida sexual y satisfacción corporal en relación con otras zonas del cuerpo (Rincón et al., 2012).

Dado que efectivamente la vivencia del cáncer es un evento traumático, es importante reconocer cómo se comporta esta sintomatología en la población latina. El estudio realizado por Lostaunau et al. (2017) explora el comportamiento de esta variable en profundidad en una muestra de N = 53 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama peruanas. La selección fue intencional con mujeres que hayan sido diagnosticadas en los últimos 3 a 12 meses, que viven en la ciudad de Lima, Perú. Su edad oscilaba entre 30 y 69, con una M = 48.06 y una DE = 8.84. En su mayoría (62,3%) se encontraban en la etapa II, siguiendo en la etapa III un 26.4% y en la etapa I un 11.3%. Se excluyeron participantes del estadio IV. Se evaluaron las variables relacionadas a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), para lo cual utilizaron los instrumentos SF-36 -para generar un perfil del estado de salud de las personas, con dos indicadores: salud física y mental-, el inventario de estimación del afrontamiento COPE, la escala de estrés percibido EEP y la escala de estrés traumático validada para población peruana. En su mayoría, se encontraron niveles altos y moderados de CVRS; principalmente, consideraban un mayor deterioro en su condición física que en la mental (Lostaunau et al.,2017). Asimismo, las mujeres migrantes obtenían, de forma significativa, puntajes

más bajos en el componente físico. Esto puede deberse a que las mujeres que tuvieron que migrar para recibir tratamiento, deben viajar solas o acompañadas por un solo familiar, y afrontar también el evento de estar en una ciudad desconocida y novedosa, como es una capital, así como al centro de salud. Esto sucedió también con el tipo de tratamiento, aquellas que recibieron tratamiento quimioterapéutico obtuvieron resultados más altos en la dimensión física, mientras que aquellas que no recibieron tratamiento, tenían niveles más bajos, siendo esta diferencia significativa con relación a esta dimensión. El estrés traumático también se vincula de forma significativa y negativa con la dimensión física; se plantea que la experimentación de los síntomas podría estar limitando el funcionamiento diario de las participantes (Lostaunau et al., 2017). El estilo de afrontamiento más utilizado es el orientado a la emoción, mientras que el menos utilizado fue el afrontamiento por evitación. Respecto de las estrategias, recurrir a la religión, la reinterpretación positiva y el crecimiento son las tres más recurridas, mientras que el uso de sustancias y el desentendimiento conductual, las dos menos utilizadas (Lostaunau et al., 2017).

El componente mental explica el 43% de la variabilidad del CVRS, y las variables que más inciden son el estrés traumático, el estrés percibido y el estilo de afrontamiento orientado a la emoción. Es justamente el estrés traumático el que más la afecta, aún más que el componente físico. El percibir como un evento amenazante al cáncer, como algo sobre lo cual no se tiene control y es impredecible, hace al cáncer un factor estresante que puede desencadenar en un evento traumático. Esto conlleva a experimentar pensamientos catastróficos, de forma intrusiva y obsesiva, lo cual limita la calidad de vida en distintos niveles: descanso y sueño, contacto con aspectos positivos, etc. El estilo orientado a la emoción es limitado para lidiar con los efectos de la memoria traumática, puesto que promueve el pensamiento obsesivo, lo cual aumenta el estrés percibido. Esto indica la necesidad de realizar un diagnóstico integral de las necesidades concretas de los pacientes con cáncer, que tome en cuenta los factores sociales, mentales y físicos en su abordaje (Lostaunau et al., 2017).

Es importante poder describir con precisión las características sociodemográficas de las personas con diagnóstico y tratamiento oncológico, puesto que esto incide en varios niveles y en la intensidad de la sintomatología psicológica padecida. Esto incidirá luego, también, en la capacidad de recuperación integral de la calidad de vida.

2.5.2. Estudios sobre el cáncer y la salud mental

Frente a las variables sociodemográficas, se tiene que son varias las características que pueden llevar a un evento en el que se vea involucrada la salud del paciente, especialmente previas a un diagnóstico de cáncer, por ello, algunos estudios han realizado exámenes frente a ese tipo de características en variables que dependen de la edad, condiciones sociales, políticas, económicas y biológicas referidas al comportamiento de los individuos, esto, según el estudio de Conde et al. (2020), en este estudio se determinó que las variables más importantes fueron la edad, en mujeres con "una edad relativamente joven, media de 54 años.

La consulta más importante de mujeres que posteriormente fueron diagnosticadas con cáncer de mama, se originó por una masa en su seno, en donde las mujeres refirieron encontrar signos extraños frente a su autoexamen y que posterior a ellos fueron confirmados, refiriendo un tiempo de aproximadamente 3 meses después de la aparición del primer síntoma, en esta investigación no se reporta ninguna relación con algún tipo de trauma anterior que pueda indicar que el cáncer fue originado por trauma, pero si se relaciona la variable de la edad mostrando más riesgo para las mujeres mayores que en mujeres jóvenes, además la mayoría de ellas consulta porque refieren encontrar una masa extraña localizada en su seno (Piñeros, et al., 2008).

Por otra parte, la investigación de Acevedo, et al. (2007), también presenta relación frente a la edad y otras características sociodemográficas como sexo, antecedentes familiares, sobrepeso y la obesidad, no encontrando en este estudio relación al trauma, pero coincidiendo en que la primera sintomatología de mujeres que consultaron evidenció una maza localizada en su seno lo que fue motivo de alarma y consulta por parte de estas mujeres.

Respecto a otros tipos de cáncer, como el relacionado en la investigación de Conde et al. (2020), se encontró variables sociodemográficas que relacionan la edad, los antecedentes, el sexo, la falta de información frente a la sexualidad, así como otras variables propias de este tipo de cáncer, en esta investigación no se encontró relación con otras variables sociodemográficas como el trauma o la localización, pero si predomina la relación de la edad, aunque en este tipo de cáncer la edad cambia de manera considerable, teniendo que la probabilidad de cáncer cervical aumenta después

de los 25 años.

Agudelo (2013), desarrolló una investigación de mujeres con cáncer de mama en México y de allí relaciono variables sociodemográficas, encontrando que: “el control del cáncer de mama depende en gran medida de factores sociodemográficos, culturales, económicos y de la organización de los servicios de salud; sin embargo, poco se conoce sobre el peso que tienen las diferentes variables en la detección de esta dolencia”. (p. 79)

La atención oportuna del diagnóstico es la forma más importante para prolongar la vida y hacer parte de los tratamientos que se disponen para el cáncer de mama, pues, es esta la forma de cáncer más común entre las mujeres, de tal modo, es relevante asociar las variables y los factores de riesgo que se asocian al desarrollo de la enfermedad, teniendo que esta aumenta en la medida que la mujer tiene más años (Franco, et al, 2016).

Finalmente, las investigaciones encontradas referentes a la temática muestran una relación frente a la edad y la localización como características y variables sociodemográficas, de este modo, se ha encontrado que el riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad y que el riesgo aumenta según la ubicación geográfica, puesto que las mujeres en zonas rurales y quienes no tienen una identificación temprana son más vulnerables a tener complicaciones en su diagnóstico.

III. PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPOTESIS

3.1. Delimitación del problema

El trabajo terapéutico con personas con diagnóstico de cáncer es un abordaje complejo. Existen múltiples fenómenos psicológicos que emergen como reacción al contexto de la enfermedad y el tratamiento, además de la complejidad de las interacciones con la red social y familiar del paciente. En el transcurso de ese trabajo terapéutico, emergen estrategias y recursos personales que cada individuo intenta desarrollar o potenciar para adecuarse a los retos que conlleva el diagnóstico.

En ese contexto complejo, un primer fenómeno de interés que se observa es la centralidad del evento, ésta se vincula al sentido que la experiencia de recibir un diagnóstico de enfermedad de cáncer toma en la memoria autobiográfica del individuo, y en ese sentido puede determinar el efecto del diagnóstico tanto en sentido positivo como negativo. No obstante, el objetivo del abordaje terapéutico no se centra primordialmente en este fenómeno, si no que cobra relevancia debido a la relación que guarda con otros fenómenos de interés, como el propósito de vida. La centralidad del evento y el sentido que toma, en muchos casos guarda similitud con el proceso de duelo al producirse una pérdida, tienen aristas parecidas, y en ambos casos el individuo debe atravesar fases y etapas.

Cada individuo le otorga un sentido al evento de convivir con la enfermedad, y en ese proceso puede apoyarse en su capacidad para auto-trascender, o verse alienado experimentando una disminución en su capacidad para identificarse consigo mismo. Ambos fenómenos, autotrascendencia y alienación, son dos dimensiones que se relacionan de manera negativa, cuando una está más fortalecida la otra disminuye.

En términos de Frankl (1966), la autotrascendencia es acción, actividad intencional, con propósito y orientada con valores. Es una toma de perspectiva de la propia existencia más allá de los límites personales ego-centrados. A través de ella se puede tomar mayor conciencia sobre el entorno y sobre la orientación de la propia vida (Reed, 2018). Esto se relaciona con la idea de dirección que provee el PDV. Es decir, ambas variables promueven la acción intencional del sujeto, en la búsqueda activa del sentido de vida.

De otro modo, si la capacidad de autotrascender no está fortalecida, la persona puede experimentar una desconexión en el sentido de la alienación, y sentimientos de separación, vergüenza y estigma pueden evidenciarse como síntomas relacionados, debido a la percepción de "omnipresencia" de la enfermedad. Expresiones como "antes yo era la de la carcajada, hoy soy la de la sonrisa" tienen una connotación de pérdida de "no ser de él/ella mismo/a". Además, esos sentimientos pueden estar enmarcados dentro del sufrimiento que experimenta la persona, entendiéndose el sufrimiento como un fenómeno individual, dinámico, que lo abarca todo, caracterizado por la experiencia de alienación, impotencia, desesperanza y falta de sentido en el que sufre, lo que le resulta difícil de articular. El sufrimiento como entidad suele ser multidimensional y generalmente incorpora una cualidad negativa e indeseable.

¿Como se trabajan esos fenómenos en el ámbito clínico-sanitario?

Es importante enfatizar que el terapeuta debe estar preparado para mover la aguja del tratamiento hacia la alienación, y no sobre la centralidad del evento en sí. El abordaje psicoterapéutico puede ayudar a identificar o a reconocer los recursos del paciente, ayudar en el reconocimiento de su identidad como persona. Ese recurso propio puede ser una variable, una estrategia o una característica de su personalidad que reconoce como propio. El o la terapeuta debe estar atento para detenerse en ese punto, es importante realizar ese recorrido del "sí mismo" del paciente, y engancharlo con su propósito de vida.

El propósito en el horizonte le ofrece al sujeto algo por lo cual seguir avanzando para lograrlo y se vuelve central en la personalidad. Este constructo, ampliamente detallado en la introducción y en el marco teórico, cumple un rol importante en el trabajo terapéutico que se realiza de manera interdisciplinar. El propósito de vida en el sentido positivo posibilita al paciente direccionar sus recursos personales hacia el aprovechamiento del tratamiento, farmacológico y no farmacológico, creando un beneficio en la salud anímica y física del paciente.

En la práctica clínica, la alienación puede evidenciarse como el síntoma y al mismo tiempo la alienación puede ser vista como una variable que permita salir de la espiral de sufrimiento y desgaste emocional.

Ha sido en el ámbito de la psico-oncología aplicada que surgió la pregunta de investigación, motivo de la presente tesis. Contestar al ¿Qué hacer? y ¿Cómo hacer? develó una falta de investigaciones y publicaciones sobre las tres variables de interés.

Este trabajo busca develar como están relacionadas la centralidad del evento, la autotrascendencia/alienación, y el propósito de vida en personas con diagnóstico y tratamiento de cáncer. Tres constructos psicológicos que se evidencian frecuentemente en el contexto de la intervención psico-oncológica y en el seguimiento terapéutico de personas con diagnóstico de cáncer. Tres fenómenos psicológicos que tienen un gran potencial para ayudar a contestar el ¿qué? y el ¿cómo?, y cuya relevancia ha sido ampliamente descrita en el apartado anterior.

Es preciso señalar que existe una amplia evidencia de estudios publicados alrededor de estos tres constructos psicológicos tomados de manera individual o en relación con otros fenómenos psicológicos, no obstante, existe una ausencia de estudios que se centren en el estudio de la relación conjunta de los tres constructos. Tampoco se conoce la manera en la que estos tres fenómenos psicológicos se vinculan entre sí, por ejemplo, si alguno de ellos toma un rol predictor en el desempeño de los otros.

Si el propósito de vida en personas que reciben un diagnóstico y tratamiento de cáncer se ve trastocada, resulta de vital necesidad tener un marco de referencia teórico y práctico que permita entender cuáles variables o fenómenos psicológicos emergen o interactúan en ese contexto de enfermedad de cáncer. La falta de producción científica a ese nivel, a través de estudios publicados, ralentiza el conocimiento de la esfera anímica del paciente con diagnóstico de cáncer y la exploración de mejoras en el abordaje terapéutico hasta ahora empleado en el ámbito clínico-hospitalario.

Frente a lo anteriormente expuesto, el problema de investigación se centra en dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una relación entre las variables centralidad del evento, la autotrascendencia, y el propósito de vida en personas con diagnóstico y tratamiento del cáncer?

Contestar esta pregunta es crucial en el ámbito clínico y de la psico- oncología, debido a que la revisión sistematizada de artículos científicos (Anexo 5) que se realizó en el presente estudio, sobre estudios que abordan las tres variables en conjunto,

permitió conocer que no existen publicaciones que investiguen su relación.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada se han propuesto 4 objetivos específicos que se desprenden del objetivo general del presente trabajo y que son presentados en el siguiente apartado

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

Analizar la relación entre la centralidad del evento, la autotrascendencia y el propósito de vida en personas con diagnóstico y tratamiento del cáncer.

3.2.2. Objetivos Específicos

1. Evaluar las propiedades psicométricas de las variables: centralidad del evento, la autotrascendencia y propósito de vida en una muestra de individuos con diagnóstico de cáncer.

2. Describir el desempeño de los individuos de la muestra respecto a la centralidad del evento, autotrascendencia y propósito de vida según variables de la historia médica destacando diagnóstico, tiempo de diagnóstico, tratamiento actual de cáncer, acontecimientos impactantes previos y según variables sociodemográficas tales como edad, sexo y zona de residencia.

3. Comparar el desempeño en centralidad del evento, la autotrascendencia y propósito de vida que obtienen los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama respecto a los pacientes con un diagnóstico de cáncer con diferente localización.

4. Analizar un modelo confirmatorio que integre las relaciones entre las variables de interés, la centralidad del evento, la autotrascendencia y el propósito de vida, en la muestra total de pacientes con cáncer.

3.3. Hipótesis

Se espera que la centralidad del evento muestre una solución unidimensional, al igual que la Escala de Propósito de Vida; mientras que, la escala de Autotrascendencia se espera que evidencie dos factores. Esta expectativa está soportada en los resultados

de las validaciones en población argentina de las tres pruebas.

Se hipotetiza que de todas las variables sociodemográficas y de historia médica, el tipo de diagnóstico de cáncer, el tiempo de evolución y la experiencia de un acontecimiento impactante sean variables significativas al momento de explicar el desempeño de cada uno de los constructos de interés.

Se espera que el grupo de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama evidencie un funcionamiento diferente al grupo con diagnóstico de otro tipo de cáncer respecto a las variables de estudio: Centralidad del Evento, Autotrascendencia, y Propósito de Vida.

Se hipotetiza que la variable Centralidad del evento será significativa al explicar el desempeño de las otras variables. Por ese mismo motivo se postula a esta variable CES como una variable exógena al momento de analizar el modelo SEM.

Además, se espera que las variables PIL y ASTI estén estrechamente relacionadas, de manera positiva y significativa, afirmación que también tiene su soporte en hallazgos previos.

IV. MÉTODO

4.1. Diseño

El presente estudio tiene un diseño de corte transversal (Montero, y León, 2007), con una selección de la muestra no probabilística, intencional y por bola de nieve (Hernández Sampieri et al., 2016).

4.2. Participantes

Se recolectaron un total de 318 encuestas completas, sin embargo, de este total dos participantes registraron edades menores a 18 años. Luego de extraer esas dos encuestas, la muestra final analizada contenía un total de 316 individuos. A continuación, se presentan los datos descriptivos de la muestra analizada en la Tabla 1.

De este total, el 82,9% (N = 262) de la muestra son mujeres y el 17,1% (N =

54) son hombres, el 57,9% (N=183) refiere tener un diagnóstico de cáncer de mama, mientras que el 42,1% (N=133) refiere un diagnóstico de otro tipo de cáncer, como cáncer de cérvix, cáncer de piel no melanoma, cáncer de colon, entre otros. Respecto al lugar de residencia, el 28,8% reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que el 71,2% reside en el interior de la provincia de Buenos Aires. En relación con el tratamiento oncológico actual, el 40,5% (N=128) mencionan que no reciben ningún tratamiento oncológico y el 59,5% (N=188) de los participantes si reciben tratamiento oncológico. Otra de las preguntas estaba relacionada a la experiencia de algún acontecimiento impactante anterior al diagnóstico de cáncer, el 34,2% menciona que no ha experimentado un acontecimiento de esa magnitud, mientras que, el 65,8% mencionan que si lo han experimentado.

Dentro de las variables continuas, se observa que la edad media de la muestra es 53,3 años, con una desviación estándar de 13.3 años. Respecto de la edad al momento del diagnóstico, la edad media es 47,9 y con una desviación estándar de 14. Finalmente, el promedio de años transcurridos desde el momento del diagnóstico es de 5,4 años con una desviación estándar de 6,4 años.

Se observo la distribución de la edad media actual de los participantes, la edad media en el momento del diagnóstico y el promedio de años transcurridos desde que recibieron el diagnóstico de cáncer (Tabla 2) se resalta lo siguiente:

Tabla 1

Características descriptivas de la muestra analizada.

Variables sociodemográficas	**n**	**%**
Femenino	262	82.9%
Género		
Masculino	54	17.1%
Cáncer de mama	183	57.9%
Diagnóstico		
No cáncer de mama	133	42.1%
CABA (Ciudad Capital)	91	28,8%
Provincia de Buenos Aires	77	24.4%
Provincia Interior	148	46.8%

Tratamiento actual	No	128	40.5%
	Sí	188	59.5%
Acontecimiento Impactante	No	108	34.2%
	Si	208	65.8%
	M (SD)	**Me**	**Ra**
Edad actual	53,3 (13,3)	53	[21 - 88]
Edad al momento del diagnóstico	47,9 (14)	47	[5 - 86]
Años transcurridos desde el diagnóstico	5,4 (6,4)	3	[0 - 40]

Nota: *M: Media; SD: Desviación estándar; Me Mediana; Ra; Rango.*

La edad media actual de los participantes es mayor en el grupo de hombres (62,4 años), en el grupo de pacientes que tienen un diagnóstico de otro tipo de cáncer (56,5) y en el grupo de personas que reside en la Provincia de Buenos Aires.

Respecto a la edad media al momento de recibir el diagnóstico de cáncer, se observa que los hombres tenían una edad mayor que las mujeres (56 años) cuando fueron diagnosticados, el grupo de pacientes con un diagnóstico distinto al cáncer de mama también son mayores (50,3 años) de igual manera que el grupo de individuos que reside en la Provincia de Buenos Aires (50,9)

Por último, aquellos participantes con una mayor cantidad de años promedio transcurridos desde el diagnóstico pertenecen al grupo de hombres (6,3 años), tienen un diagnóstico de otro tipo de cáncer (6,2 años) y residen en la provincia de Buenos Aires (7,1 años).

Tabla 2

Edad media actual, edad media en el momento del diagnóstico y promedio de años transcurridos desde el diagnóstico según el género, diagnóstico lugar de residencia de los participantes.

Variables sociodemográficas		**Edad media actual**	**Edad media al momento del diagnóstico**	**Promedio de años transcurridos desde el diagnóstico**
Según	Femenino	51,4	46,2	5,2

género	Masculino	62,3	56	6,3
Según diagnóstico	Cáncer de mama	50,9	46,2	4,8
	Otro tipo de cáncer	56,5	50,3	6,2
Según lugar de residencia	CABA (ciudad capital)	51,7	46,8	4,9
	Provincia de Buenos Aires	58	50,9	7,1
	Provincia (Interior)	51,8	47	4,8
Muestra total		53,3	47,9	5,4

4.3. Instrumentos

Formulario sociodemográfico ad hoc

Los datos sociodemográficos fueron recolectados a través de un cuestionario *ad hoc*. La información solicitada contenía los siguientes apartados:

- Zona de residencia, la cual se correspondía a dos opciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires o el interior de la provincia o del país, unificados como provincia.
- La edad de los participantes.
- El género de los encuestados.
- Diagnóstico del encuestado, se consultó sobre el tipo de cáncer diagnosticado permitiendo que se ingresará el nombre completo.
- Año en el cual se realizó el diagnóstico.
- Tratamiento del cáncer que el individuo estuviera recibiendo.

Además, se solicitó al participante que recordase si tuvo algún acontecimiento impactante antes del diagnóstico, entre los dos o tres años anteriores. La respuesta fue dicotómica, sí o no.

Test del Propósito en la Vida (PIL)

El Test de propósito en la vida (PIL) fue elaborado por Crumbaugh y Maholick en el año 1960; su adaptación al contexto argentino fue realizado por Simkin et al. (2019). La versión original cuenta con veinte ítems, cuestión que se mantiene en la versión adaptada.

Cada ítem es puntuado a través de una escala Likert entre 1 y 7; por ejemplo, para el caso del ítem 1 "Generalmente estoy...", la escala va desde el 1 = Totalmente

aburrido/a al 7 = Entusiasmado; para el ítem 4 "Mi existencia personal", el nivel 1 = No tiene significado, y el nivel 7 = Tiene mucho significado; para el ítem 16 "En cuanto al suicidio...", el nivel más bajo es "He pensado seriamente que es una salida" y el más alto "Nunca he pensado en ello".

Para obtener el puntaje total y de cada dimensión, se debe invertir una serie de ítems para luego sumarlos al total y subtotal; puntualmente los ítems 2, 5, 7, 10, 14, 15, 17, 18 y 19.

La consistencia interna de la versión adaptada indica su fiabilidad adecuada, superando el $\alpha = .80$. Asimismo, en la versión argentina el instrumento es unidimensional luego de realizar un análisis factorial confirmatorio. Respecto de los ítems 7, 14 y 15, los autores refieren cierta inconsistencia, aunque se mantienen por su pertinencia teórica (Simkin et al., 2018).

La interpretación de este instrumento se realiza en base a una escala. El puntaje mínimo es de cero puntos, y el máximo de 140. Un puntaje entre 140 y 105 indica la presencia de metas y sentido de vida; de 104 a 90 puntos señala la indefinición con respecto al sentido de vida y valores menores de 90 refiere al vacío existencial.

Inventario de autotrascendencia para adultos (ASTI)

El inventario de autotrascendencia para adultos (ASTI) fue desarrollado por Levenson et al. (2005) y adaptado a la población argentina por Simkin (2019). Este instrumento explora dos dimensiones, confirmados en el análisis factorial, que son "autotrascendencia" y "alienación" a través de 18 ítems.

La dimensión de autotrascendencia se corresponde a los ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 16 y 18. Algunos de ellos son "11. Mi sentido de quién soy depende menos de otras personas o situaciones", "7. Mi paz mental no se altera tan fácilmente como antes" y "5. Me enfoco más en el presente".

Para el caso de la dimensión de alienación, esta se compone de los ítems 4, 8, 9, 10, 14 y 17. Entre ellos, "4. Siento que mi vida tiene menos sentido", "8. Me siento más aislado y solo" y "10. Mi sentido de quién soy ha ido decreciendo a medida que crezco".

La respuesta se consigna a través de una escala de tipo Likert con cinco anclajes, que va desde el 1 = "Completamente de acuerdo, 2 = "De acuerdo", 3 = "Ni de acuerdo,

ni en desacuerdo", 4 = "Desacuerdo" y 5 = "Completamente en desacuerdo". El puntaje para esta escala se obtiene sumando de forma directa todas las respuestas a cada ítem.

En su validación, se confirmó que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas. Su consistencia interna es similar a la referenciada por los autores originales ($0{,}64 \leq \alpha \leq 0{,}75$). Simkin (2019) señala que la dimensión de alienación, en el análisis factorial, cuenta con un nivel de confiabilidad menor en comparación al de autotrascendencia, pero señala que esto puede deberse a que efectivamente cuenta con menos ítems.

Escala abreviada de Centralidad del Evento (CE)

En este caso, se optó por la versión abreviada de la Escala de Centralidad del Evento (CE), que se encuentra adaptada al contexto argentino. Esta escala cuenta con 7 ítems, que a su vez se responde a través de una escala de tipo Likert de cinco anclas, donde 1 = "Totalmente en desacuerdo", 2 = "Parcialmente en desacuerdo", 3 = "Ni de acuerdo, ni en desacuerdo", 4 = "Parcialmente de acuerdo" y 5 = "Totalmente de acuerdo". El puntaje para esta escala se obtiene sumando de forma directa todas las respuestas a cada ítem.

Alguno de los ítems son el 2 "Este evento se ha convertido en un punto de referencia en la manera en la que me entiendo a mí mismo/a y al mundo", el 4 "Este evento ha influido en mi manera de concebir y sentir otras experiencias" y el 7 "Este evento fue un punto de inflexión en mi vida".

La validación, realizada por Simkin et al. (2017), cuenta con valores óptimos en cuanto a consistencia interna (donde $\alpha > .80$), precisamente tomando en cuenta la cantidad reducida de ítems que tiene esta escala. El análisis factorial confirmatorio indica un solo factor, donde todos los ítems saturan por sobre el .40, asimismo este explica el 73.1% de la varianza total, siendo adecuado para su aplicación.

4.4. Procedimientos y análisis de datos

Dado que la investigación se realizó durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio decretado por el Gobierno Nacional a razón de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 en Argentina, se optó por realizar la recolección de datos por medios

virtuales. Esta medida tuvo como objetivo poder garantizar el acceso a la muestra y la recolección de los datos, respetando las disposiciones sanitarias establecidas.

El acceso a la muestra fue a través de profesionales de la salud. Ellos informaron a los participantes los objetivos de la investigación y ofrecían el acceso al hipervínculo donde se encontraba publicada la encuesta.

Se utilizó la plataforma de Google, específicamente Google Formularios, para la recolección de datos. En la primera página, se explicitó el objetivo principal de la investigación y se aseguró el anonimato de la información recolectada. De esta forma, se garantizó y se recolectó el consentimiento informado de los participantes. Asimismo, se señaló que podían abandonar la investigación en cualquier momento que así lo deseasen y se ofreció la información de contacto de la investigadora, para cualquier duda, consulta o reclamo.

Luego, se les solicitó la información sociodemográfica pertinente a los objetivos de investigación: zona de residencia entre dos opciones, en interior - provincia de Buenos Aires y otras provincias-o Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como así también género y edad. En esa misma instancia, se profundizó sobre el diagnóstico de cáncer que tenía, así como el año de diagnóstico y si recibe tratamiento actualmente. En las siguientes tres páginas del formulario, se aplicaron los instrumentos antes descriptos. En la última página, se agradece por la participación y se reitera la información de contacto de la investigadora.

Los análisis estadísticos se seleccionaron de acuerdo con los objetivos mencionados en la introducción. En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de cada variable sociodemográfica y relativas al diagnóstico de los sujetos. En segundo lugar, se desarrollaron sendos análisis factoriales para confirmar las propiedades psicométricas de cada uno de los constructos psicológicos de interés. En tercer lugar, se analizó la cuarta hipótesis de estudio con los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM *Structural Equation Models*) con el objetivo de confirmar un modelo de mediación entre las variables de interés.

Todos los análisis, tablas y gráficos se desarrollaron en el entorno R versión 4.0.3 (R Core Team, 2020), éste es un entorno de software libre para computación estadística y gráficos.

A continuación, se menciona con más detalle cada uno de los análisis desarrollados.

Propiedades Psicométricas de los tres constructos

Se realizó un análisis factorial confirmatorio. Este tipo de análisis permite identificar variables latentes que pudieran estar influyendo en el comportamiento de los datos (es decir, si correlacionan o no) (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). Se emplearon los paquetes Psych (Revelle, 2020) y Lavaan (Rosseel, 2012). El método WLSMV fue seleccionado para la estimación de los parámetros en el AFC. Además, se seleccionó la rotación Oblimin para extraer la solución factorial.

Seguidamente, se realizó un Análisis Paralelo (Horn, 1965) para poder determinar el número de factores más adecuado de acuerdo con el modelo. Este análisis, se basa en el principio de que los factores a extraer deben dar cuenta de la mayor cantidad de varianza, superando a la esperable de forma aleatoria. Este procedimiento reorganiza los datos de forma aleatoria entre cada variable, y estos luego son correlacionados para obtener los eigenvalues. Finalmente, aquellos factores que tengan valores más altos que los obtenidos por los eigenvalues, son seleccionados.

Luego de identificarse el modelo factorial que mejor se ajusta a los datos, con cada una de las tres escalas, se seleccionaron el número final de factores que explica la mayor cantidad de varianza. Finalmente, se desarrolló un análisis de invarianza multigrupo según el diagnóstico de cáncer informado por los sujetos.

Diferencias entre el grupo con cáncer de mama y no-cáncer de mama

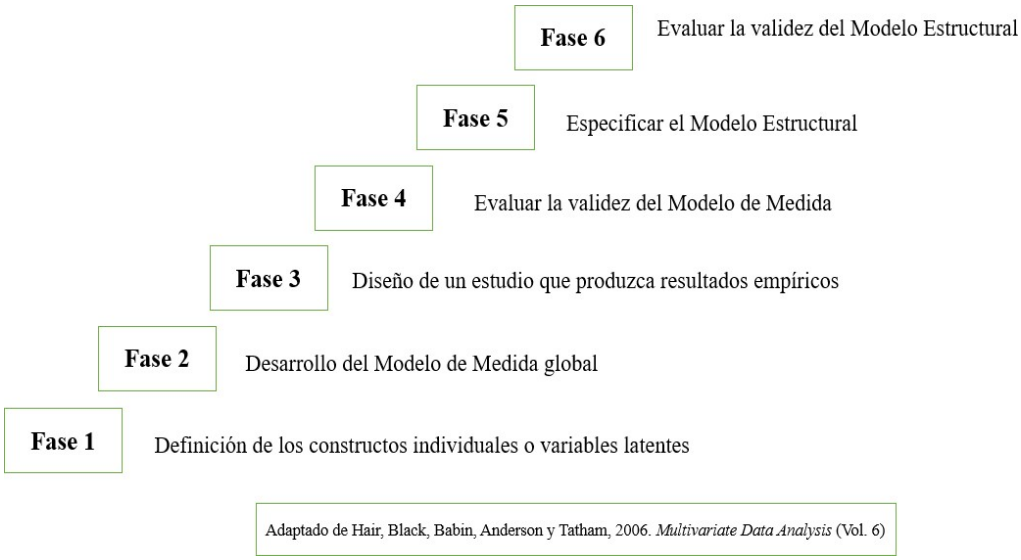
Para la comparación de media se empleó la prueba t de Student y su alternativa no paramétrica, la prueba de Mann-Whitney, cuando las variables eran continuas. Para la comparación de las frecuencias de las variables dicotómicas se empleó Test de proporciones.

Modelo de Mediación entre las variables de interés

Estimadas por medio de SEM, técnica que permitió separar las relaciones para cada conjunto de variables dependientes. De una manera sencilla, SEM provee de una

técnica de estimación apropiada y eficiente tomando como partida una serie de ecuaciones de regresión múltiple de manera separada. SEM se caracteriza por dos componentes básicos: (1) el modelo de medida y (2) el modelo estructural. El segundo es un modelo donde se explicita la relación (path model) entre las variables independiente y dependiente (Hair et al., 2006). SEM brinda una ventaja importante al estimar de manera simultánea el modelo de medida y el modelo estructural. Ambos proveen el soporte para evaluar la validez de la propuesta teórica que se busca comprobar. En el presente trabajo se siguieron los lineamientos que Hair y colegas recomiendan seguir de manera consecutiva, tal como se muestra en Figura 1.

Figura 1. *Las seis fases del desarrollo analítico de SEM.*



4.5. Aspectos éticos

Dada las características del tipo de muestreo, se tomaron medidas para garantizar el anonimato de los participantes, así como el consentimiento informado y la seguridad de los datos provistos bajo el procedimiento de disociación irreversible.

En primer lugar, la aproximación fue por medio de profesionales de la salud que están en contacto con ellos, pero no se solicitó ningún tipo de información que permita la identificación. En segundo lugar, no se solicitó información que no sea pertinente a los objetivos de este estudio. En tercer lugar, se seleccionó una plataforma que garantiza el anonimato a las personas que hayan ingresado al formulario virtual. Así, no existe información directa o indirecta que permita identificar o inferir la identidad de algún participante de esta investigación. Todas estas medidas tienen como objetivo el anonimato de los participantes. Esto tiene un doble interés: por un lado, confirmar la confidencialidad, por otro garantizar la validez de los datos recolectados.

En el Formulario se expresó de forma clara y precisa los objetivos de la investigación y la razón por la cual estos datos son solicitados. También se informó a los participantes que podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de informar sobre aquello. De forma oportuna, se indicó el nombre y medio de contacto con la investigadora. Así se obtiene el consentimiento informado de los participantes.

Para el ingreso al formulario no se solicitó iniciar sesión en una cuenta de Google o de ninguna otra plataforma, de forma tal que se proveyese de seguridad en el

anonimato de los participantes, y garantizar la validez de las respuestas. Este Formulario no solicita ni provee datos que permitan rastrear la identidad de las personas que ingresaron a la plataforma, ni ninguna otra información que permita de algún modo identificarlas.

Los datos fueron utilizados con el único fin que los dispuestos en los objetivos de esta investigación. Luego del procesamiento de datos, estos fueron resguardados de forma adecuada. Por su calidad de datos obtenidos de forma digital, se tomaron medidas de seguridad para la recolección y análisis de datos, para minimizar la exposición de la información recolectada.

Estos puntos contienen las disposiciones de la Ley de protección de Datos Personales N° 25.326 promulgada en octubre del 2000 por el Congreso de la Nación Argentina.

V. RESULTADOS

5.1. Validación de instrumentos

El Análisis Paralelo (AP) sugirió un componente para la escala abreviada de Centralidad del Evento; mientras que, para que las escalas Propósito en la Vida y Autotrascendencia se sugirió 2 componentes. Estos componentes sugeridos fueron el inicio de partida para luego desarrollar el análisis factorial confirmatorio (AFC).

Los resultados del AFC de la Escala Abreviada de Centralidad del evento muestran unos índices de ajuste adecuados, expresado en Tabla 4 que nos indican que el modelo se ajusta a la muestra empírica, es decir, los 7 ítems son explicados por un solo factor. Por lo tanto, la escala que mide CES puede ser analizada como un constructo unidimensional explicitado en la Figura 3. Además, obtiene una fiabilidad de 0.87 y logra explicar el 51,1% de la varianza muestral.

Respecto a la Escala de Propósito de Vida, inicialmente el AP propuso dos componentes, por tal motivo se analizaron dos modelos de medida: (1) un modelo unifactorial donde los 20 ítems serían explicados por un solo factor, y (2) un modelo de dos factores donde un grupo de ítems mostraban pesos factoriales negativos y otro grupo pesos factoriales positivos. Luego de analizar ambos modelos se realizó el test de

diferencias $\Delta\chi^2$ para identificar cuál de los modelos brindaba un mejor ajuste a la muestra observada (ver Tabla 4). Los resultados de la prueba de diferencias de chi-cuadrado muestran que el modelo de dos factores mejora el ajuste de al modelo unifactorial. No obstante, los índices como CFI, TLI, RMSEA y SRMR muestran que el modelo unifactorial también logra un ajuste aceptable.

Si observamos los valores de los pesos factoriales de ambos modelos, manifiestos en Figuras 3a y 3b se observa mucha similitud en la dirección de los ítems, aquellos que muestran valores negativos en el modelo unifactorial saturan en el segundo factor del modelo de dos factores. Debido a que en la validación argentina la escala de Propósito de Vida fue validada como unifactorial (Simkin et al., 2018), en esta oportunidad también se optó por trabajar con PIL unidimensional (Figura 3a). La fiabilidad del modelo unidimensional es de 0,55 y logra explicar el 31% de la varianza muestral.

Con relación a la escala de Autotrascendencia, el AP también sugirió un modelo de dos componentes, por este motivo se ajustaron dos modelos, uno de dos factores y otro de tres factores. Los resultados mostraron mejores índices de ajuste para el modelo de 2 factores, como se exponen en en Tabla 3. Al observar los ítems que saturaban en el segundo factor se optó por colocar el nombre de Alienación (Figura 4). Los ítems de este segundo factor se relacionan con el estado mental que se caracteriza por la pérdida del sentimiento de la propia identidad. Es decir, una mayor puntuación en este factor denominado Alienación indicaría una pérdida de la autoconsciencia, de la capacidad del individuo para reconocerse a sí mismo en el mundo. Los ítems que son explicados por el factor Alienación son 4, 8, 9, 10, 13, 14 y 17, explicitados en Figura 4. La fiabilidad alcanzada por el factor Autotrascendencia es de 0,81 y para el segundo factor Alienación es de 0,68. Mientras que la varianza explicada es de 29% y 28% para el primer y segundo factor respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3.

Análisis factorial confirmatorio de los tres constructos psicológicos de interés, índices fiabilidad y bondad de ajuste de los modelos de medida.

	Centralidad del Evento CES (unifactorial)	**Propósito en la vida - PIL (unifactorial)**	**Autotrascendencia ASTIauto (Factor 1)**	**Alienación ASTIalie (Factor 2)**
AVE (varianza explicada)	0,511	0,307	0,293	0,284
Alfa de Cronbach	0,871	0,551	0,820	0,694
Omega de McDonald	--	--	0,807	0,678
Índices de ajuste	**CES**	**PIL**	**ASTI**	
x^2	17,716	386,895	248,995	
df	14	170	134	
CFI	0,995	0,952	0,940	
TLI	0,997	0,947	0,932	
RMSEA	0,029	0,063	0,052	
RMSEA – IC 95%	0,000 - 0,065	0,055 - 0,072	0,042 - 0,062	
SRMR	0,054	0,095	0,073	

CES: Centralidad del evento; PIL: Propósito de vida; ASTIauto: Autotrascendencia; ASTIalie: Alienación
AVE: Índice de varianza explicada; α: Alfa de Cronbach; ω: Omega de McDonald

Tabla 4

Comparativa entre PIL unidimensional y PIL de dos factores.

	Propósito en la vida - PIL (unifactorial)	**Propósito en la vida - PIL**	
		Factor 1 (ítems con pesos factoriales positivos)	**Factor 2** (ítems con pesos factoriales negativos)
AVE (varianza explicada)	0,307	0.437	0.368
Alfa de Cronbach	0,551	0.889	0.830
Omega de McDonald	--	0.869	0.806
índices de ajuste	**PIL (unidim)**	**PIL (2 factores)**	**$\Delta\, x^2$**
x^2	386,90	158,84	1,205e-08 ***
df	170	169	
CFI	0,952	1,00	
TLI	0,947	1,00	
RMSEA	0,063	0,00	
RMSEA – IC 95%	0,055 - 0,072	0,00 - 0,021	

SRMR	0,095	0,060	

*PIL: Propósito de vida; It+: ítems con pesos factoriales positivos; It-; ítems con pesos factoriales negativos; AVE: Índice de varianza explicada; α: Alfa de Cronbach; ω: Omega de McDonald; *** p< .001*

Finalmente, los índices de correlación entre los tres constructos se muestran en la Tabla 5. Los dos factores de ASTI, Autotrascendencia y Alienación correlacionan significativamente con PIL, aunque el primero lo hace en sentido positivo y el segundo en sentido negativo. Es decir, a mayor puntuación del factor Autotrascendencia mayor puntuación en el Propósito de Vida, y a mayor puntuación en el factor Alienación menor puntuación se logra en el Propósito de Vida de los sujetos evaluados.

Además, el factor Alienación correlaciona de manera positiva con Centralidad del evento, esto significa que a mayor pérdida del sentimiento de la propia identidad los individuos experimentan una mayor Centralidad del evento. Finalmente, la relación entre Alienación y Autotrascendencia es negativa lo que conlleva a interpretarse de que a mayor pérdida de la autoconciencia menor capacidad de autotrascendencia.

Cabe precisar que esta matriz de correlaciones no debe ser interpretada en sentido causal, los coeficientes significativos indican principalmente la relación que existe entre estos factores, pero correlación no debe ser entendida como causalidad.

Tabla 5

Correlaciones entre los constructos centrales del estudio.

	1	**2**	**3**
1. PIL	--		
2. CES	-0.097 n.s.	--	
3. ASTIauto	0.410***	0.071 n.s.	--
4. ASTIalie	-0.676***	0.245 **	-0.280**

CES: Centralidad del evento; PIL: Propósito de vida; ASTIauto: Autotrascendencia; ASTIalie: Alienación

** p<.05, ** p< .01, *** p< .001*

Figura 2 AFC y solución unifactorial para la Escala de Centralidad del Evento.

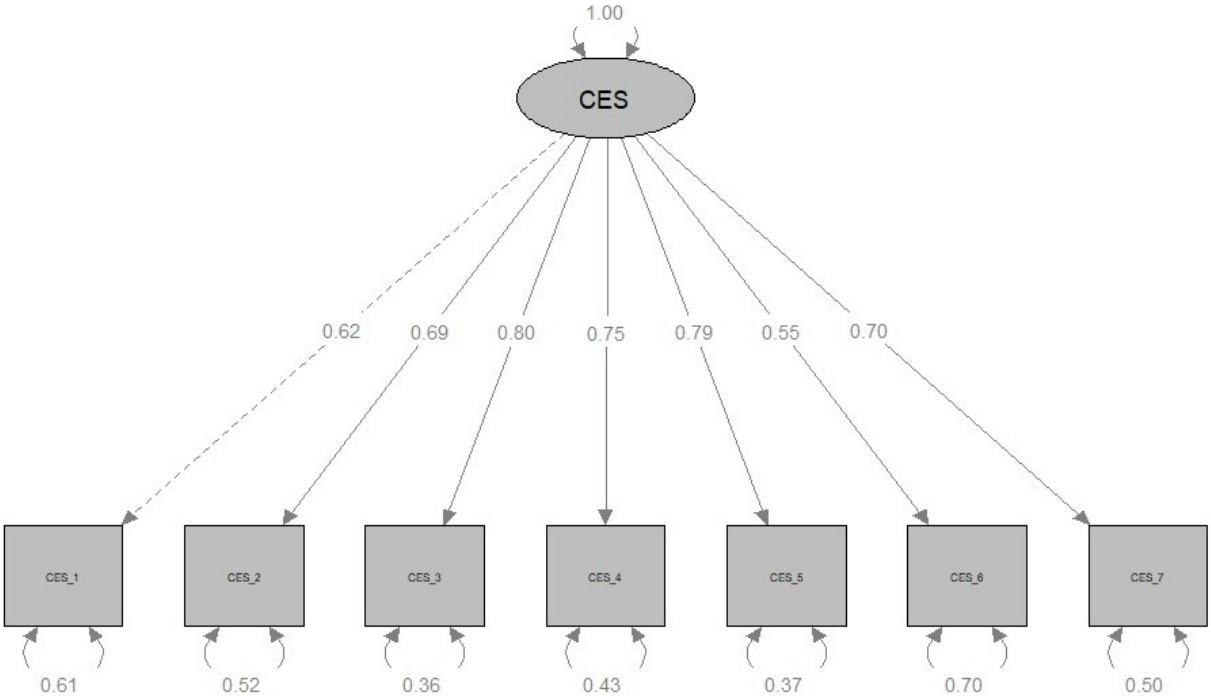


Figure 3a. AFC y solución unifactorial para la Escala de Propósito de Vida (PIL).

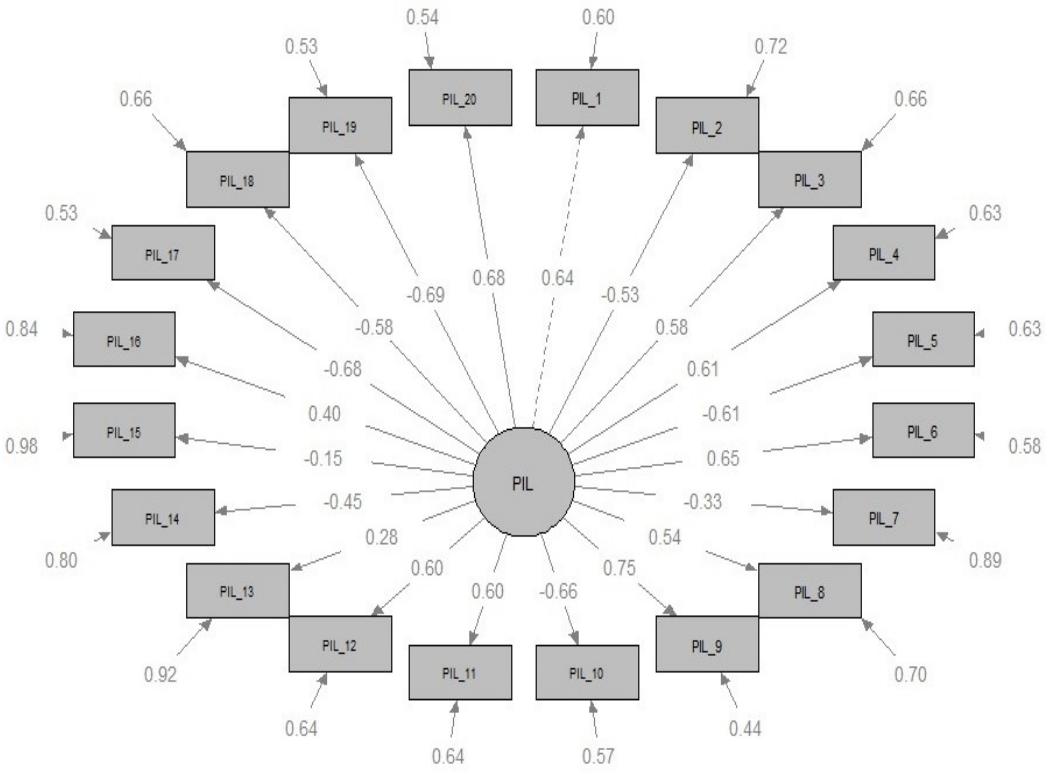


Figura 3b. AFC y solución de dos factores para la Escala de Propósito de Vida.

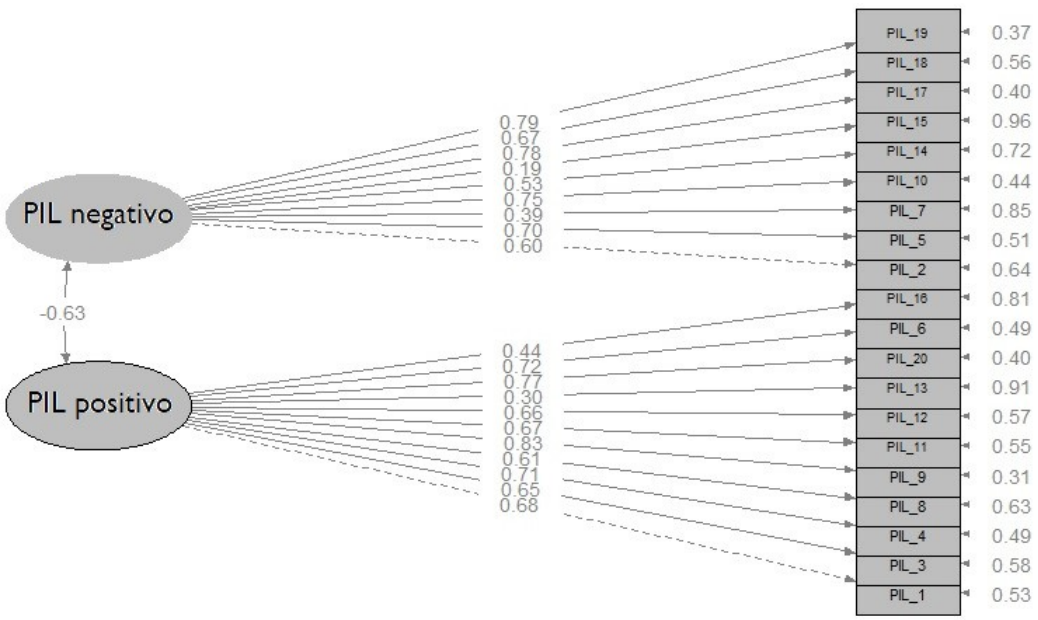
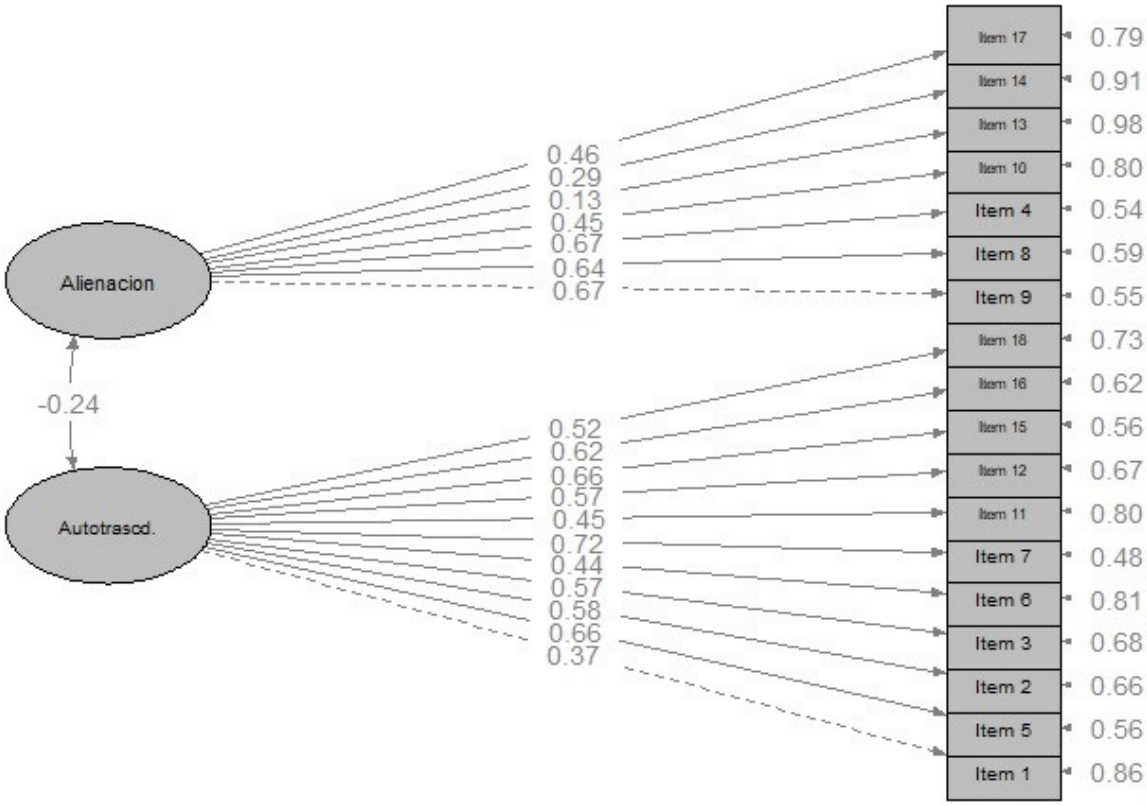


Figura 4. AFC y solución de dos factores para la Escala de Propósito de Vida



Invarianza multigrupo entre CES, PIL y ASTI

El objetivo de este análisis es evaluar si la estructura interna previamente mostrada para cada uno de los tres instrumentos se mantiene en cada grupo según el Diagnóstico (grupo 1 = Pacientes con diagnóstico de mama, Grupo 2 = Pacientes con diagnóstico de otro tipo de cáncer de mama)

Se analizaron cuatro modelos (1) Invarianza configuracional (mismo número de factores o dimensiones en ambos grupos), (2) Invarianza métrica débil (mismo número de dimensiones y mismos pesos factoriales en ambos grupos), (3) Invarianza métrica fuerte (número de dimensiones, pesos factoriales e interceptos similares en ambos grupos) (4) Invarianza estricta (número de dimensiones, pesos factoriales, interceptos y residuos similares en ambos grupos).

La tabla 6 muestra la comparación del Chi-cuadrado obtenido con cada modelo de invarianza y su nivel de significancia para cada constructo psicológico.

Una diferencia no significativa indica que el modelo con mayor restricción logra el mismo ajuste que el modelo de menor restricción. Además, se presentan los índices

de bondad de ajuste como CFI, TLI, RMSEA y SRMR.

El análisis de invarianza multigrupo muestra que para los instrumentos de medición CES y ASTI se logra invarianza estricta, es decir, en ambos instrumentos es posible asumir que tanto para el grupo de pacientes con Diagnóstico “Cáncer de mama” como para el grupo que tiene otro tipo de cáncer, la estructura unidimensional (para CES) y la de dos factores (para ASTI), los pesos factoriales, los interceptos y los residuos son similares. Con PIL, la diferencia del chi-cuadrado muestra que no es significa con lo cual también se puede asumir invarianza estricta. No obstante, los índices de ajuste como CFI y TLI han disminuido, pese a que siguen siendo mayores a los puntos de corte recomendados (>.90). De igual manera, RMSEA muestra un valor por arriba del punto de corte sugerido (<.05).

Finalmente, se asume la invarianza multigrupo para los tres instrumentos de medición empleados y proseguir con los siguientes análisis.

5.2. Análisis de la correlación y los modelos explicativos

Para este análisis se analizaron las correlaciones entres los modelos de medida confirmados en el apartado anterior, es decir, CES unidimensional, PIL unidimensional, Autotrascendencia y Alienación (ASTI de dos factores) y las variables que fueron recolectadas en la ficha sociodemográfica y de historia médica.

En primer lugar, se obtuvieron las puntuaciones factoriales de cada constructo psicológico y luego se analizó un modelo estructural donde la variable exógena era una variable observada dicotomizada. Las variables como residencia (0 = CABA, 1= Provincia), sexo (0 = Mujeres, 1= Hombres), diagnóstico (0 = Cáncer de mama, 1= No Cáncer de mama), tratamiento actual (0 = No, 1= Si) y acontecimiento impactante (0 = No, 1= Si) fueron dicotomizadas. Con la variable residencia se dividió la muestra entre los residentes en CABA (0 = ciudad capital) y los que viven en Provincia (1 = Provincia Buenos Aires e Interior).

Tabla 6

Análisis de invarianza multigrupo según diagnóstico.

Escala de Propósito de Vida (PIL)											
Modelo analizado	x^2	df	Δx^2	Δdf	$p\ \Delta x^2$	Signif.	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 95% IC	SRMR
Inv. Configuracional	458,915	340	--	--	--	--	0,975	0,972	0,047	0,035-0,058	0,095
Inv. Métrica	633,564	359	16,984	19	0,591	n.s.	0,943	0,939	0,07	0,061-0,078	0,107
Inv. Escalar	650,903	378	7,749	19	0,989	n.s.	0,943	0,943	0,068	0,059-0,076	0,108
Inv. Estricta	705,138	398	14,314	20	0,814	n.s.	0,936	0,939	0,07	0,061-0,078	0,115
Escala de Centralidad del Evento (CES)											
Modelo analizado	x^2	df	Δx^2	Δdf	$p\ \Delta x^2$	Signif.	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 95% IC	SRMR
Inv. Configuracional	23,120	28	--	--	--	--	1,000	1,000	0,000	0,000-0,047	0,054
Inv. Métrica	28,946	34	4,953	6	0,550	n.s.	1,000	0,991	0,000	0,000-0,045	0,061
Inv. Escalar	29,701	40	1,392	6	0,966	n.s.	0,990	0,990	0,001	0,001-0,027	0,062
Inv. Estricta	34,020	47	4,407	7	0,732	n.s.	0,990	0,990	0,001	0,001-0,018	0,067
Escala de Autotrascendencia (ASTI)											
Modelo analizado	x^2	df	Δx^2	Δdf	$p\ \Delta x^2$	Signif.	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 95% IC	SRMR
Inv. Configuracional	374,892	268	--	--	--	--	0.948	0,94	0,05	0,038-0,062	0,084
Inv. Métrica	412,056	284	7,977	16	0,950	n.s.	0.938	0,933	0,053	0,042-0,064	0,089
Inv. Escalar	426,898	300	9,927	16	0,870	n.s.	0.938	0,937	0,052	0,04-0,063	0,09
Inv. Estricta	472,405	318	23,343	18	0,178	n.s.	0.925	0,927	0,055	0,045-0,066	0,095

Los resultados mostrados en la Tabla 7 evidencian una relación significativa y negativa entre la capacidad de Autotrascendencia y la zona de residencia, es decir, que las personas que refieren vivir en Provincia obtienen puntuaciones menores al evaluarse su capacidad de trascender sus intereses personales, permitiendo que se incluyan dentro de ellos, los intereses de otros.

Asimismo, la edad de los participantes se correlaciona con la centralidad del evento, está relación es negativa y significativa, e indica que a mayor edad de los individuos evaluados hay una tendencia a mostrar una menor centralidad del evento. El evento este contexto de estudio se corresponde con el diagnóstico de cáncer,

Por otro lado, el tiempo de diagnóstico muestra una relación positiva y significativa con el propósito de vida, este coeficiente indica que los individuos con más años transcurridos desde que recibieron el diagnóstico de cáncer tienden experimentar una mayor capacidad para dar sentido a su propia experiencia a través de sucesivas metas en la vida. En otras palabras, mientras más años hayan trascurrido desde el momento del diagnóstico de cáncer mayor fuerza en el propósito de vida se observará.

Otro hallazgo es la relación positiva y significativa entre haber experimentado un acontecimiento impactante anterior al diagnóstico de cáncer y la centralidad del evento. Las personas que experimentaron acontecimientos impactantes previos al diagnóstico tienden a mostrar mayor centralidad del evento. Es decir, aquellos individuos que tuvieron experiencias impactantes previas tienden a brindar una connotación negativa al diagnóstico de cáncer, son individuos que tienden a modificar las atribuciones de sentido a otros eventos de sus vidas diarias y ordinarias, e impactar en sus expectativas asociadas a eventos futuros.

Finalmente, uno de los objetivos planteados se centraba en analizar cómo era el desempeño alcanzado en los constructos psicológicos de interés de los sujetos con diagnóstico de cáncer de mama y si ese desempeño se diferenciaba de los sujetos con un diagnóstico de cáncer distinto. Como se puede observar en la Tabla 7, el tipo de cáncer no parece ejercer un efecto en el desempeño de los sujetos evaluados. En otras palabras, la centralidad del evento, el propósito de vida, la capacidad de auto trascender y la pérdida del sentimiento de la propia identidad no están influenciados por el tipo de

cáncer diagnosticado en el individuo. Con este último hallazgo se puede entender los constructos psicológicos de interés como común para todos los sujetos de la muestra, independientemente de la patología oncológica.

Tabla 7

Correlaciones entre los constructos psicológicos de interés y las variables sociodemográficas y de historia médica.

	PIL	CES	ASTIauto	ASTIalie
Residencia	-0,069 n.s.	0,042 n.s.	-0,196**	0,116 n.s.
Edad	-0,025 n.s.	-0,19**	0,07 n.s.	0,067 n.s.
Sexo	-0,092 n.s.	0,094 n.s.	-0,039 n.s.	-0,008 n.s.
Diagnóstico	-0,017 n.s.	-0,067 n.s.	0,033 n.s.	0,029 n.s.
Tiempo diagnóstico	0,129 *	-0,018 n.s.	0,036 n.s.	-0,069 n.s.
Tratamiento actual	-0,057 n.s.	0,062 n.s.	0,072 n.s.	0,113 n.s.
Acontecimiento impactante	-0,024 n.s.	0,237***	-0,067 n.s.	0,057 n.s.

CES: Centralidad del evento; PIL: Propósito de vida; ASTIauto: Autotrascendencia; ASTIalie: Alienación

Análisis de un modelo confirmatorio sobre las relaciones entre los tres constructos psicológicos.

Análisis de las variables explicativas del constructo Propósito de Vida

Durante el marco teórico se expusieron hallazgos que relacionan las variables de autotrascendencia y propósito de vida. Este marco teórico previo sumado a los resultados mostrados previamente en la Tabla 5 y en la Tabla 7 donde se observan las relaciones entre esos mismos constructos PIL, ASTI, y el segundo factor de la escala ASTI denominado Alienación, además de sus relaciones con las variables sociodemográficas y de historia médica. En base a los coeficientes significativos que guardan coherencia con el marco teórico existente, en este apartado se plantea un análisis de regresión múltiple para analizar algunas posibles variables predictoras de PIL.

Los resultados muestran que las variables latentes denominadas Autotrascendencia, Alienación y una variable observada Tiempo de diagnóstico logran

explicar el 35% de la varianza de la variable dependiente Propósito de Vida (ver Tabla 8).

El coeficiente de regresión de la variable trascendencia es positivo y significativo (B= 0,47, *p-valor* < .001) indicando que a mayor capacidad de trascender en los sujetos mayor propósito de vida.

Además, la variable latente Alienación es aún más importante al explicar PIL, con un coeficiente significativo y negativo (B= -0,5, *p-valor* < .001), una mayor pérdida del sentimiento de la propia identidad acompaña a un menor grado de propósito de vida.

Por último, el tiempo de diagnóstico también contribuye a explicar PIL, con un índice significativo y positivo que indica que con 3 o más años trascurridos desde el diagnóstico los individuos experimentarán un mayor propósito de vida. Tiempo de diagnóstico = 0 (≤3 años) 1(>3 años) es el tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico de cáncer recibido hasta el año 2020. El análisis fue plasmado con las puntuaciones factoriales de las variables latentes obtenidas en el CFA.

Tabla 8

Resultados del análisis de regresión múltiple sobre el Propósito de Vida como variable dependiente

	B	**IC 95%**	**SE**	***Beta***	**t**	**p valor**	***R*2**	**Adj *R*2**
Constante	-0,08	-0,19 – 0,03	0,055	0,000	-1,498	0,135	0,36	**0,35**
Autotrascendencia	0,47***	0,26 – 0,69	0,108	0,209	4,37	0,000		
Alienación	-0,55***	-0.66 – -0.45	0,055	-0,481	-10,005	0,000		
Tiempo diagnóstico	0,19*	0.02 - 0.35	0,084	0,102	2,258	0,025		

*ASTIauto: Autotrascendencia; ASTIalie: Alienación; B: Coeficiente Beta; R_2: Coeficiente de determinación; * p<.05, *** p< .001*

Propuesta de un modelo mediación: Análisis de un modelo SEM

Esta propuesta tiene como finalidad testar la última de las hipótesis planteadas, integrar tres de los constructos psicológico de interés en un único modelo.

En primer lugar, se asumirá que la Centralidad del Evento es anterior en

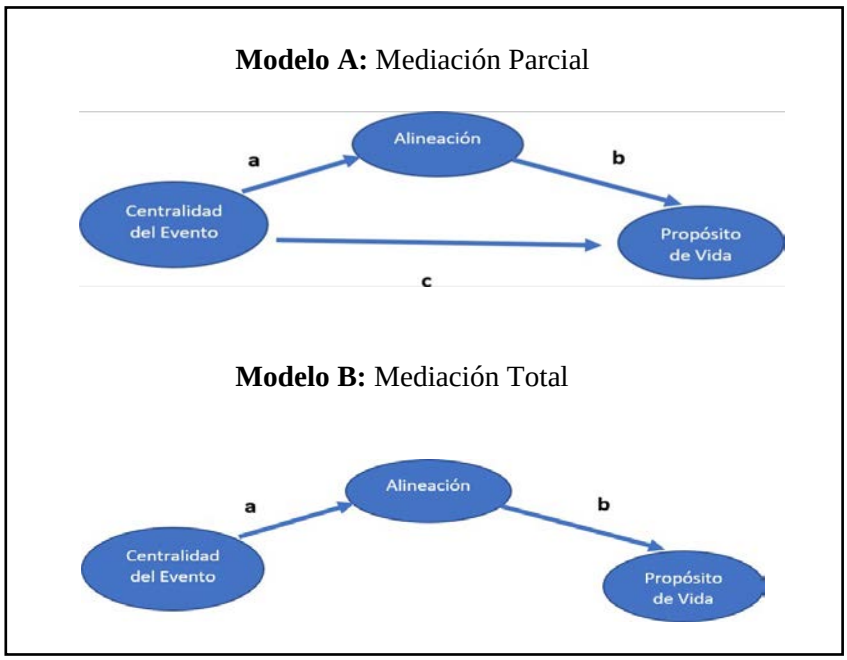
aparición temporal a las otras dos variables. Los constructos psicológicos como Centralidad del Evento, Autotrascendencia, Alienación y Propósito de Vida fueron testados después de que los individuos tuvieran conocimiento del diagnóstico de cáncer. Y CES se postula como el fenómeno primero en aparecer.

Entonces, postulamos que primero ocurre CES y, en consecuencia, su aparición genera un efecto en las otras variables latentes. Es decir, CES será considerada como la variable exógena -variable independiente- que ejerce un efecto en PIL a través de la variable Alienación (segundo factor de la escala de Autotrascendencia), que ejercerá un rol mediador. Esta propuesta no incluye a Autotrascendencia porque se evidenció que no tiene una relación significativa con CES, expuestos en la Tabla 5.

Este planteamiento busca afirmar la hipótesis de que los individuos que experimentan una mayor centralidad del evento, después de recibir el diagnóstico de cáncer, experimentan una mayor alienación y en consecuencia su capacidad para plantearse un propósito en la vida tiende a disminuir.

Los Modelos SEM analizados se muestra a continuación en la Figura 5.

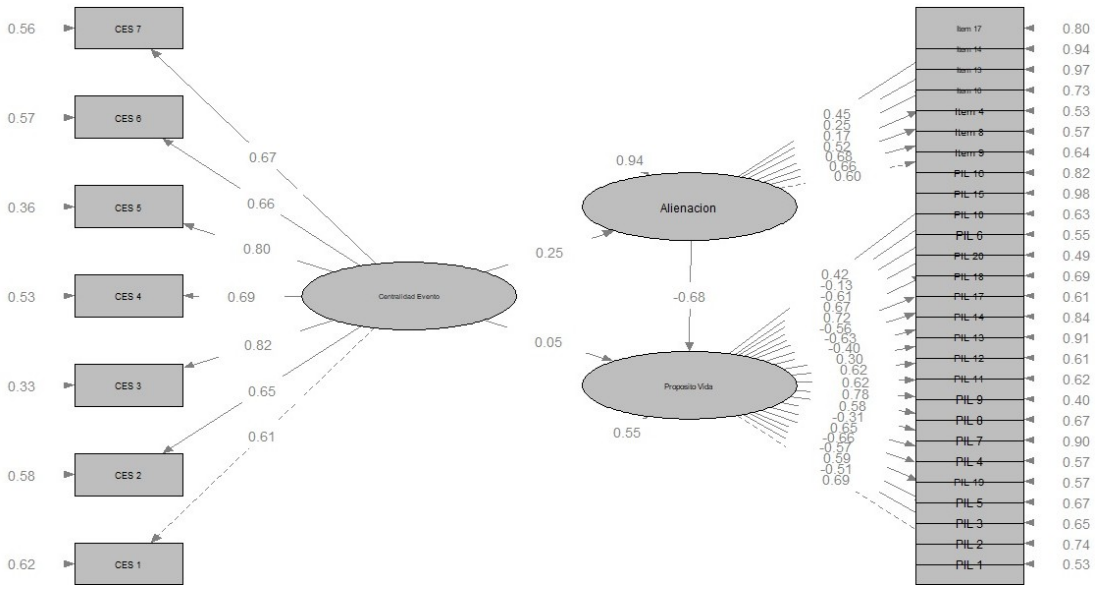
Figura 3. Modelos analizados.



Al comparar ambos modelos, se observa que la diferencia en el χ^2 no es estadísticamente significativa, con este resultado una primera interpretación es que el ajuste logrado por el modelo B es similar al ajuste del modelo A (Tabla 11). En segundo

lugar, los índices de la bondad de ajuste como CFI, TLI, RMSEA y SRMR en ambos modelos muestran valores aceptables y muy similares (Tablas 9 y 10). Adicionalmente al observar los parámetros estimados, el modelo A muestra un coeficiente muy pequeño para la relación entre CES y PIL (c) (Ver Figura 6) en comparación con los paths a y b. Por lo tanto, se podría optar por aceptar el modelo más parsimonioso, en este caso el Modelo B de Mediación Total.

Figure 4. Resultados de la estimación del modelo A, Mediación Parcial.



Nota: *los coeficientes que se muestras son valores estandarizados.*

Tabla 9

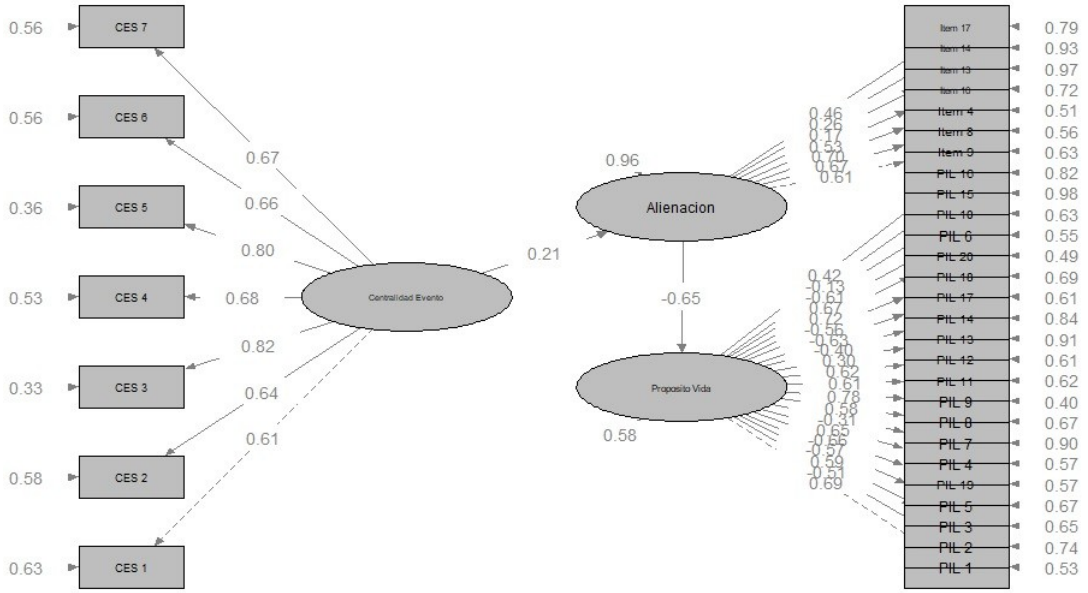
Parámetros estimados en el Modelo A - Mediación Parcial.

	B	Estandarizado	P valor	R2
Efecto indirecto (a*b)	-0.220***	-0.169	0.001	
Efecto Total (c+a*b)	-0.155*	-0.119	0.047	0.45

Nota: *p <.05 "*", p<.01 "**", p<.000 "***"*

Índices de Ajuste: TLI= 0.945, CFI = 0.949, RMSEA (95%CI) = 0.049(0.044- 0.054), SRMR = 0.078

Figure 5 Resultados de la estimación del modelo B, Mediación Total.



Nota: los coeficientes que se muestras son valores estandarizados.

Tabla 10

Parámetros estimados en el Modelo B - Mediación Total.

	B	Estandarizado	P valor	R2
Efecto indirecto (a*b)	-0.173**	-0.135	0.008	0.42

Nota: *p <.05 "*", p<.01 "**", p<.000 "***"*

Índices de Ajuste: TLI= 0.945, CFI = 0.948, RMSEA (95%CI) = 0.049(0.044-0.055), SRMR = 0.078

Tabla 11

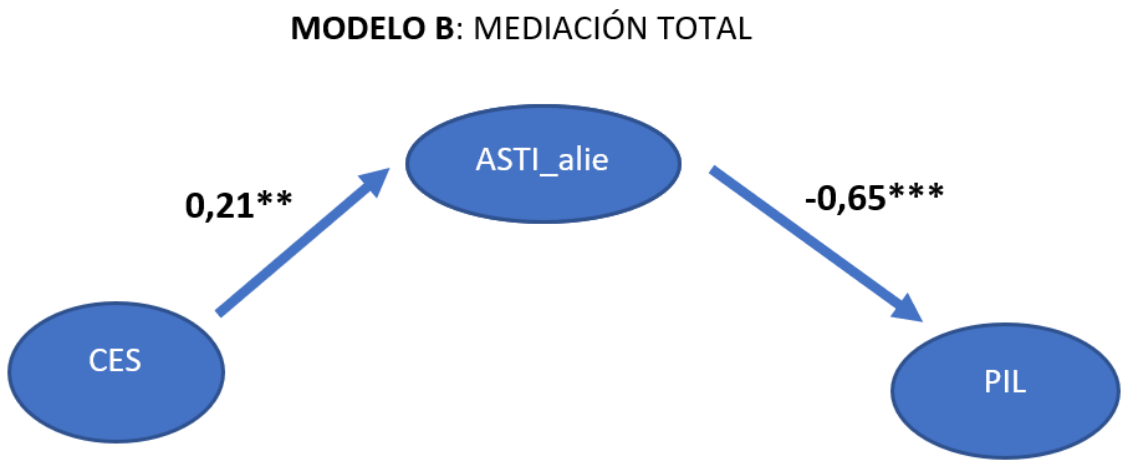
Comparación de ambos modelos.

	df	x^2	$\Delta\, x^2$	$\Delta\, df$	$p(\Delta\, x^2)$
Modelo A	524	925.46			
Modelo B	525	930,77	0,9411	1	0.332 n.s.

Este resultado indica en primer lugar, que aquellos individuos con mayores puntuaciones en CES tienden a mostrar una mayor pérdida de la propia identidad. Segundo, al evidenciar una mayor Alienación tienden a disminuir en PIL (Figura 8).

La asociación entre CES y Alienación es positiva y significativa (B=0,21, p-valor < .01) y nos indica que por cada unidad que cambia la puntuación factorial de CES, el valor de Alineación aumenta 0,21 en puntuación factorial. Además, la relación entre Alineación y Propósito de Vida es negativa y significativa (B= -0,65, p-valor < .001) indicando que por cada unidad de puntuación factorial que cambia Alienación, la puntuación factorial de PIL disminuye 0,65 unidades.

Figura 8. Modelo final con los parámetros estimados que muestra la integración de tres de los constructos psicológicos de interés.



CES = Centralidad del evento, ASTI_alie = Alineación como dimensión de la escala de autotrascendencia, PIL = Propósito de vida

En el contexto clínico sería: Aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer que

muestran una mayor centralidad del evento, posterior al diagnóstico de cáncer, evidenciarán un incremento en sus niveles de Alienación, traducido como una menor capacidad de identificación consigo mismo y una pérdida del “self”. Como consecuencia aquellos pacientes experimentarán una disminución en su Propósito de vida.

VI. DISCUSIÓN

La presente tesis doctoral se planteó analizar la relación entre la centralidad del evento, la autotrascendencia y el propósito de vida en personas con diagnóstico y tratamiento del cáncer. Este es un estudio importante, puesto que los pacientes con cáncer ven desmoronarse su mundo en breve espacio de tiempo, vivencian una vulnerabilidad que afecta y atraviesa toda su vida de relaciones y por tanto requieren asistencia y contención psicoterapéutica como una oferta ineludible de los servicios que deberían ser otorgados desde el sistema sanitario. Es obligada la referencia estadística que sigue. Según las estimaciones realizadas por el Observatorio Global del Cáncer, en Argentina ocurrieron 130.878 casos nuevos de cáncer en ambos sexos en el año 2020, posicionando a Argentina dentro de los países del mundo con incidencia de cáncer media-alta. La distribución de los casos según los principales sitios tumorales muestra que el cáncer de mama, con 22.024 casos, fue el de mayor magnitud en el año 2020, representa el 16,8% de todos los casos nuevos y es el primero en mujeres.

Tal como se aprecia en el apartado de resultados, con mayor detalle, los datos mostraron que la autotrascendencia y propósito de vida no logran significancia estadística al explicar la puntuación de centralidad del evento. Frente a esta evidencia, basado únicamente en la experiencia clínica, se planteó un siguiente supuesto, para el cual fue necesario la revisión de evidencia empírica que puedan avalarlo. Surgiendo así el siguiente supuesto: Una mayor centralidad del evento (CES) conlleva a una mayor Alienación del individuo y como consecuencia de esa relación éste experimentará un decremento en su Propósito de Vida (PIL) la cual fue analizada en base a dos modelos.

Puntualmente el cáncer de mama produce un deterioro en la calidad de vida, en la salud mental y en el bienestar social. Es una experiencia que puede considerarse como devastadora para la mayoría de las mujeres diagnosticadas, tanto así que genera

sentimientos negativos llegando a afectar de manera considerable la psicología de la mujer, incluso, ser diagnosticada puede llevarle al punto de amenazar “su integridad psicosocial, provocando incertidumbre en cuanto a lo sucedido con el tratamiento y se enfrentan constantemente a la posibilidad de recurrencia o a la muerte” (Gallegos et al., 2008, p. 100), además, de sufrir una serie de necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales que pueden llegar a desmejorar la calidad de vida del paciente.

También tiene una alta comorbilidad con trastornos psicológicos y del estado del ánimo, como depresión, ansiedad, angustia, afectación en la imagen corporal y precaria calidad de vida. Esto es producto del impacto que tiene el evento del diagnóstico.

Para desarrollar la investigación, se han propuesto cuatro objetivos específicos que guiaron el análisis estadístico, y cuyos resultados son discutidos a continuación.

El ***primer objetivo*** planteó evaluar las propiedades psicométricas de las tres variables de estudio, centralidad del evento, la autotrascendencia y propósito de vida en una muestra de individuos con diagnóstico de cáncer.

Los datos se recolectaron y analizaron de pacientes con diagnóstico de cáncer (60.4% de mama) en cualquier estadio del desarrollo, con un tiempo medio de diagnóstico 5.5 años (DE= 6.4), es decir, desde el tiempo que se determinó el diagnóstico a la fecha del estudio han pasado 5 años en promedio. La mayoría de los participantes fueron mujeres (83.3%). La edad media fue de 53 años (DE = 13.7) y la edad media de recepción de diagnóstico fue 47 años (DE = 14.4). Actualmente reciben tratamiento 59.1% de los participantes.

El cáncer, en esta investigación se estudió como un evento que al ser recibido por el portador puede llegar a convertirse en un evento adverso, capaz de llegar a ser traumático, tal como lo advierte el Instituto Nacional del Cáncer (2020). Pacientes “sobrevivientes” de cáncer suelen presentar síntomas de evitación, intrusión de pensamientos, y activación neurológica, que son codificados en los manuales de salud mental dentro de categorías de trastornos vinculados al trauma o el estrés (INC, 2020). Llegando incluso a semejarse con la sintomatología que desarrollan pacientes que vivieron eventos traumáticos como la violación, desastres naturales, u otros, de esta magnitud. El cáncer no es un evento agudo y discreto con un final definido, sino un proceso que se extiende por el resto de la vida. Independientemente del tipo de cáncer, la gravedad de la enfermedad o la duración de la supervivencia, los supervivientes de

cáncer deben averiguar cómo esta enfermedad los cambiara a sí mismos y cuáles son sus implicaciones para la vida diaria (Helgeson, 2011). La supervivencia del cáncer implica la reconstrucción de la identidad y la integración de la experiencia en el autoconcepto de sí mismo (Mathieson y Stam, 1995) llevando a trasformaciones radicales (Zebrack, 2000). Razón por la cual, vale afirmar que la forma en que los supervivientes de cáncer se verán a sí mismos en relación con el mundo tendrá consecuencias en otros aspectos de su vida.

Primero, los análisis sobre las propiedades psicométricas de las tres escalas de medición reflejaron que tanto Centralidad del Evento y Propósito de Vida son constructos unidimensionales, mientras que, la solución factorial para la Escala de Autotrascendencia indicó dos factores, a los cuales se les denominó Autotrascendencia y Alienación. Todas las soluciones factoriales mostraron buen ajuste a los datos empíricos. Con índices de fiabilidad aceptables, como 0,87 para CES, 0,55 para PIL, 0,81 para Autotrascendencia, y 0,68 para Alienación. Con una varianza explicada de 51,1% para CES, 30,7% para PIL, 29,3 para Autotrascendencia, y 28,4% para Alienación. Y con pesos factoriales que oscilan entre 0,55 y 0,80 en el caso de CES; 0,69 y 0,75 para PIL, 0,13 y 067 para Alienación, y 0,37 y 0,72 para Autotrascendencia. Por último, respecto al análisis de invarianza multigrupo, el análisis demostró invarianza según diagnóstico.

De acuerdo con la validación realizada por Simkin (2019), en población argentina el autor planteó el estudio de adaptación y validación del inventario de autotrascendencia para adultos. La finalidad del estudio fue adaptar y validar la escala al contexto argentino en una muestra de 205 estudiantes de nivel medio y superior de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se analizó la estructura interna del instrumento mediante la aplicación de un análisis factorial confirmatorio verificando empíricamente el modelo de dos dimensiones, aportando así evidencias de validez de constructo a la técnica en el contexto argentino. Los resultados mostraron, para el modelo de dos factores, índices de ajuste del modelo de NFI=,93, NNFI=,95, CFI=,96, IFI=,96 y RMSEA=,08, por tanto, presenta una adecuada estructura interna y validez. Los parámetros estimados estandarizados fueron significativos ($p < 0,05$) y se encuentran por arriba de los valores óptimos ($r > 0,70$) lo que implica que presentan un coeficiente de determinación que estaría indicando que tales ítems realizan un aporte superior al 50 % de su variabilidad a la explicación de las variables latentes a las que se encuentran asociadas. De acuerdo con la confiabilidad por consistencia interna, mediante el

coeficiente omega, se observó un valor de ,96 para la dimensión autotrascendencia y de ,93 para la dimensión alienación, siendo valores que significan la consistencia y estabilidad en las puntuaciones cuando se realizan los procesos de medición.

Por otro lado, el ***segundo objetivo*** planteó describir el desempeño de los individuos de la muestra respecto a la centralidad del evento, la autotrascendencia y propósito de vida según variables de la historia médica (diagnóstico, tiempo de diagnóstico, tratamiento actual de cáncer, acontecimientos impactantes previos) y según variables sociodemográficas (edad, sexo y zona de residencia).

Algunas de las variables sociodemográficas fueron significativas al relacionarlas con los constructos de interés.

Se evidenció una **relación significativa y negativa entre la capacidad de Autotrascendencia y la zona de residencia**, por tanto, las personas que refieren vivir en Provincia obtienen puntuaciones menores al evaluarse su capacidad de trascender sus intereses personales, permitiendo que se incluyan dentro de ellos, los intereses de otros.

La relación inversa y estadísticamente significativa entre la zona de residencia y el constructo denominado autotrascendencia, explica que, es probable, que aquellas personas, por ejemplo, que se encuentran residiendo en zonas rurales, tiene menor acceso a educación, lo cual es importante para la determinación del propósito de vida, así como también para lograr una óptima percepción de la autotrascendencia. De igual modo, las personas de zona rural tienen un limitado acceso a servicios de salud oportuno, lo cual genera deterioro significativo en la salud en general, tanto en el tratamiento de enfermedades como en la prevención de la mismo, situándose en riesgo inminente. Mientras que las personas de zona urbana presentan mayor acceso a servicios de educación y salud, en quienes se puede apreciar mayor autocuidado, educación en salud, acceso oportuno a intervención en enfermedades, así como también asistencia para la prevención de estas.

Otra descripción cuantitativa de la muestra empleada en este estudio respecto a las variables sociodemográficas es la **relación negativa y significativa entre la edad de los participantes y la centralidad del evento**, e indica que a mayor edad de los individuos evaluados hay una tendencia a mostrar una menor centralidad del evento. El evento este contexto de estudio se corresponde con el diagnóstico de cáncer.

Este último hallazgo, respecto a la variable etaria con relación a la construcción de un evento como central en la identidad también ha sido evidenciado en un estudio previo, es el caso de MCCarthy et al. (2013), quienes explicaron que, a medida que la

edad avanza, se confirma que el envejecimiento exitoso está determinado por la autotrascendencia y las estrategias activas de afrontamiento, controlando variables sociodemográficas. De igual modo, Prepro y Loyo (2015), estudiaron la autotrascendencia en personas con edades entre 30 a 59 años, detallando que la correlación fue significativa y negativa entre autotrascendencia y la dimensión de preocupaciones sociales y estrés, de la escala de ansiedad ($r = -.235$, para $p = <.01$), y una relación negativa y moderada con depresión ($r = -.439$, $p < .01$). Esto indicaría que la autotrascendencia es una variable moduladora de la ansiedad y la depresión para el caso de pacientes con cáncer en tratamiento (Guerrero et al., 2015).

Por su parte, Guerrero (2016) y Castañeda (2017), exploraron los niveles de autotrascendencia en adultos mayores, en donde mostraron que en mujeres se presenta una mayor autotrascendencia, no obstante, el nivel de la variable aumentó en las personas que tenían edades entre 75 a 84 años. Cabe señalar que la autotrascendencia no solo se aprecia en adultos mayores, sino también en adolescentes, es el caso del estudio de Yañez-Castillo et al. (2018), quienes consideran que la práctica religiosa puede actuar como un factor protector frente al consumo, fomentando la abstinencia.

Respecto a la centralidad del evento, Groleau et al. (2013), detallaron en mujeres con una media de edad de 21,4 años que no confirma una relación significativa entre la CE y sus efectos en el CPT más allá de las variables previamente asociadas al CPT. Respecto del TEPT, la CE es una variable con capacidad predictiva leve pero significativa, en coherencia con otros estudios. Es decir, que la CE puede influir tanto en el CPT como en el TEPT; los autores hipotetizan que esto puede deberse a como las personas etiquetan el evento traumático, si es de forma positiva o negativa. Esto se apoya por lo planteado por Onu et al. (2019), quienes refieren que aquellos que tenían niveles más altos de centralidad del evento del VIH obtuvieron peores resultados en salud mental, relaciones y el impacto del tratamiento, así como un menor crecimiento postraumático. Es decir, la CE moderó la relación entre el CPT y la salud mental, las relaciones sociales y los resultados del tratamiento.

En los reportes de TEPT en adultos mayores; se observa una relación similar entre edad y CES, porque los adultos mayores tienen menos tendencia a tomar un evento estresante como central en su identidad y memoria autobiográfica (Boals et al., 2012). El evento traumático al centralizarse, puede hacerlo de una manera positiva o negativa, tal como se vio líneas atrás. Esto mismo sugiere el modelo de cognitivo del TEP (Ehlers y Clarck, 1999), los pacientes experimentan retrocesos intrusivos, irritabilidad y

cambios de humor, falta de concentración y entumecimiento como reacciones comunes poco después de un evento traumático. Y la centralización será negativa, si las personas no ven estos síntomas como una parte normal del proceso de recuperación, sino que llegan a interpretarlos como indicaciones de que han empeorado permanentemente o como indicadores de una amenaza para su bienestar físico o mental (Ehlers y Steil, 1995). Tales evaluaciones mantienen el trauma al producir directamente emociones negativas y al alentar a las personas a participar en estrategias de afrontamiento disfuncionales que tienen el efecto paradójico de mejorar los síntomas. Por ejemplo, es probable que las personas que creen que los recuerdos intrusivos significan que están perdiendo el control de su mente se esfuercen por sacar esos recuerdos de su mente. Desafortunadamente, la supresión activa de pensamientos de este tipo a menudo hace que el pensamiento sea más probable que venga a la mente (Wegner, 1989).

Estas valoraciones son diversas y particulares. Como ejemplo, en el modelo se sugiere que las valoraciones sobre el peligro percibido conducen al miedo "Ningún lugar es seguro", las valoraciones sobre otros que violan las reglas personales y la injusticia conducen a la ira "Otros no me han tratado de manera justa", valoraciones sobre la propia responsabilidad por lo traumático o su resultado conducen a la culpa "Fue mi culpa", las valoraciones sobre la propia violación de estándares internos importantes conducen a la vergüenza "Hice algo despreciable" y las valoraciones sobre la pérdida percibida conducen a la tristeza "Mi vida nunca volverá a ser la misma". La mayoría de los pacientes con trauma persistente experimentan una variedad de emociones negativas. Esto se debe en parte a que se activan diferentes evaluaciones en diferentes momentos y en parte a que el grado de convicción varía de vez en cuando.

Continuando con los resultados descriptivos de la muestra de participantes involucrados en el presente estudio, también destaca la **relación positiva y significativa entre el tiempo de diagnóstico y el propósito de vida**, es decir que, mientras más años trascurren desde el momento del diagnóstico de cáncer, mayor fuerza en el propósito de vida se observará.

El propósito de vida, corresponde a la capacidad de una persona para encontrar significado en sus experiencias así como para establecer metas significativas para sus vidas (Ryff, 1989), un medio para darle sentido al caos (Korotkov, 1998), el objetivo final de un individuo (Damon, 2008; Emmons, 2005), que encierra tres componentes esenciales: compromiso, referido a la capacidad de desarrollar un vínculo estable con determinadas creencias, valores y orientaciones, dando una sentido coherente y

unificado del yo; orientación a metas, que se refiere a la percepción de que las actividades actuales están relacionadas con resultados futuros; y significado personal, definido como la extensión o grado de ubicuidad del propósito en la vida de un individuo y su impacto en su comportamiento, pensamientos y emociones (Cotton, 2014).

Por lo anterior expuesto, es esperable encontrar una relación entre el tiempo de diagnóstico y el Propósito de Vida, debido a que, a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer recibido, existen más posibilidades de que se activen una serie de mecanismos que permitan desarrollar ese vínculo estable a través del cual se logra un sentido coherente y unificado del yo.

La misma **relación positiva y significativa vinculan la experiencia previa de un acontecimiento impactante anterior al diagnóstico de cáncer y la centralidad del evento**. Esto último nos indicaría que los individuos de la muestra analizada que refieren la vivencia pasada de experiencias impactantes tienden a modificar las atribuciones de sentido a otros eventos de sus vidas diarias y ordinarias. Es decir, esos individuos perciben y evalúan el resto de sus experiencias otorgándole valoraciones negativas.

La centralidad del evento es un proceso por medio del cual un evento estresante se configura como un punto de referencia para la identidad personal y para la atribución de significado a otras experiencias en la vida de una persona (Berntsen y Rubin, 2006). Los recuerdos de traumas y eventos altamente estresantes en la mayoría de los casos se recuerdan muy bien en comparación con otros eventos autobiográficos (Rubin et al., 2004). Tales eventos funcionan como puntos de inflexión, es decir, un episodio específico, o una serie de episodios, que parecen alterar o redirigir el flujo continuo del curso de la vida (Pillemer, 1998). Ya que, un punto de inflexión es un agente causal en la historia de la vida. Puede verse como el final de un capítulo de la historia de vida y el comienzo de otro (Pillemer, 1998). Entonces, debido a que un evento traumático o altamente estresante a menudo causa cambios profundos en la perspectiva de una persona (Janoff-Bulman, 1989), a menudo permanece muy accesible durante años y, a menudo, viene a la mente espontáneamente en respuesta a señales internas y externas (Berntsen, 2001), puede percibirse como un agente causal importante y, por tanto, como un punto de inflexión muy destacado en la vida de la persona.

Por otro lado, respecto al planteamiento del ***tercer objetivo específico***, que sugiere comparar el desempeño en centralidad del evento, la autotrascendencia y

propósito de vida que obtienen los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama respecto a los pacientes con un diagnóstico de cáncer con diferente localización. Un hallazgo llamativo es que el tipo de cáncer no ejerce un efecto en el desempeño de ninguno de los constructos evaluados.

En otras palabras, el desempeño que los sujetos de la muestra analizada consiguen en las escalas que miden la centralidad del evento, el propósito de vida, la capacidad de auto trascender y la pérdida del sentimiento de la propia identidad no están influenciados por la región o la localización del cáncer con el que han sido diagnosticados.

Por último, se tiene el ***cuarto objetivo*** de analizar un modelo confirmatorio que integre las relaciones entre las variables de interés, la centralidad del evento, la autotrascendencia y el propósito de vida, en la muestra total de pacientes con cáncer.

Se testeó un modelo estructural que pone en relieve la relación de tres constructos: Centralidad del evento como variable exógena (variable independiente), Alienación y Propósito de Vida. El buen ajuste que logra el modelo propuesto (ver Figura 5 - Modelo A) es un soporte teórico que debe seguir contrastándose en el ámbito clínico.

El primer modelo denominado mediación parcial (Figura 5 - Modelo A) suponía que la centralidad del evento influye en la alienación y, con la alienación como mediadora, influye en el propósito de vida; a la vez que la centralidad del evento sin mediación también influye sobre el propósito de vida de manera directa. El segundo modelo (Figura 5 - Modelo B) supuso que la centralidad del evento influye en la alienación y, con la alienación como mediadora, influye en el propósito de vida; únicamente.

Los resultados obtenidos, tal como se supuso, en un primer lugar evidencian que la centralidad del evento es un factor predictor del propósito de vida en pacientes con cáncer, siempre y cuando esta relación esté mediada por el fenómeno de alienación. Lo cual quiere decir, aquellos pacientes con mayores puntuaciones en centralidad del evento [CE], a su vez, consiguen mayores puntuaciones en alienación, y finalmente son aquellos los que muestran una menor puntuación en PIL. Lo cual, en el contexto clínico sería, aquellos pacientes que tienden a mostrar una mayor centralidad en el evento, luego de recibir el diagnóstico de cáncer, también mostrarán un incremento en Alienación

(evidenciarán una menor capacidad de identificación consigo mismo - self. Producto de esa disminución del Self, esos individuos vivenciarán una disminución en su Propósito de vida. En segundo lugar, los hallazgos señalan que la centralidad del evento, de forma directa, no cambiaría el propósito de vida de los pacientes, si en estos no se da el fenómeno de alienación. Lo cual quiere decir, que los pacientes que tengan mayor centralidad del evento, posterior a recibir el diagnóstico de cáncer, no predice que pierdan su propósito de vida de manera directa, sin que se haya generado el fenómeno de alienación.

La evidencia científica explorada es consistente con los hallazgos respecto al rol predictor de la centralidad del evento. Por ejemplo, en pacientes con cáncer de mama se descubrió que la centralidad del superviviente se relacionó con tres marcadores de bienestar psicológico negativo: más afecto negativo, peor funcionamiento mental y mayor angustia psicológica (Helgeson, 2011). Es decir, a partir de que el paciente desarrolle centralidad negativa los pacientes tendrán una visión más negativa de ser "sobrevivientes" de cáncer, significando esto un problema potencial en su vida. De igual manera, en pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer, se evidenció que la centralidad predice negativamente la mayoría de las medidas de bienestar (Park et al., 2011).

Otros estudios, realizados en enfermedades cuyo diagnóstico puede ser traumatizante, como el caso del VIH, demostraron que la centralidad del diagnóstico de los pacientes puede ser moderada por el crecimiento postraumático y dar pronosticó de salud cognitiva (Uchechukwu y Ugwu, 2021). Es decir, cuando se logra que la centralidad sea positiva, se tendría pronósticos favorables en la vida. En ese sentido, cuando un paciente revela estigmas ocultables del VIH, la centralidad de esta enfermedad puede no tener un efecto adverso en su desarrollo o bienestar (Quinn y Chaudoir, 2009). En otras enfermedades crónicas, se identificó que la centralidad de las personas varía en la medida en que incorporan la enfermedad en sus autoconceptos (generan centralidad de la enfermedad); algunas personas llegan a definirse a sí mismas en términos de la enfermedad, mientras que otras intentan separar la enfermedad del resto de sus vidas (Charmaz, 1995).

Además, la centralidad del evento, centralidad del diagnóstico o centralidad del trauma, ha demostrado ser un predictor del estrés postraumático al igual que del

crecimiento postraumático. Al respecto, la evidencia revela que una combinación de centralidad de eventos, interrupción de creencias fundamentales, rumiación deliberada y revelación útil predicen significativamente el crecimiento después del trauma, en tanto, la centralidad de eventos y la revelación inútil son predictores significativos del trastorno de estrés postraumático (David et al., 2022). De igual manera, la centralidad en el trauma predice un incremento más fuerte de los síntomas de estrés postraumático cuando aumentaban las creencias metacognitivas desadaptativas negativas y pasa lo contrario, es decir, se da un crecimiento postraumático si las creencias metacognitivas pasan a ser positivas y median el rol de la centralidad del trauma (Clauss et al., 2021). También, cuando en los pacientes que centralizan el trauma a la vez desarrollan flexibilidad psicológica, tendrán un crecimiento postraumático favorable (Boykin et al., 2020). Mientras que, si los pacientes después centralizan el trauma, pero ponen en práctica una gama de estrategias de afrontamiento negativo (las peores) el pronóstico será no crecimiento sino un aumento de los síntomas de estrés postraumático (George et al., 2016).

Al respecto, la búsqueda de evidencia reveló que estos, se encuentran en la línea de estudios como el de Wamser-Nanney (2018), el cual encontró que la centralidad de los eventos se relacionó positivamente con el TEPT, la depresión y la PTG a la vez que se vinculó inversamente con múltiples índices de bienestar psicológico en los cuales se encontraba el propósito de vida. La relación entre la centralidad del evento y el propósito de vida demostró ser significativo estadísticamente, dando a entender, que la capacidad de una persona para encontrar significado en sus experiencias, así como para establecer metas significativas para sus vidas puede variar en función de qué modo un paciente pueda centralizar el trauma. Las personas que presentan una centralidad negativa del trauma tienen mayor probabilidad de perder el significado de su vida que aquellas que centralicen el trauma de manera positiva, que tendrán un crecimiento postraumático. La investigación citada, sin embargo, solamente vincula la relación entre la centralidad y sentido de vida, no advirtiendo que factores pueden tener un papel relevante entre ambas variables. Esta investigación, al contrario, reveló que dicha centralidad tendrá un impacto en la vida de los pacientes si estos, a partir de centralizar negativamente el trauma llegan a desarrollar un estado de alienación. No sucediendo así de manera directa entre la centralidad del evento traumático y el significado de vida.

El rol mediador de la alienación y el rol predictor de la centralidad ya analizada en párrafos precedentes, permitiendo comprender como se da la interacción entre estas

variables. En las siguientes líneas se analizar como el sentido de vida puede verse afectado.

Berntsen y Rubin (2007) mencionan tres aspectos fundamentales del concepto centralidad del evento traumático: (1) Es un punto de inflexión para el sujeto que cambia el sentido de la vida para la persona (2) Es un punto de referencia para juzgar y otorgar sentido a otras situaciones (3) La personalidad e identidad del sujeto se ve afectada, pudiendo impactar es ciertos aspectos del self. Este aporte de los tres aspectos fundamentales, en particular el punto 3, podría presentar una conexión con la alienación como fenómeno mediador entre centralidad del evento y propósito de vida.

De acuerdo con lo hasta ahora revisado, los resultados del estudio y la evidencia empírica, se puede interpretar que la centralidad del diagnóstico de cáncer u otras enfermedades puede ser un factor predictor en sentido positivo a la vez que puede ser un factor en sentido negativo o, como lo decía Boals y Schuettler (2011) la centralidad de los eventos representa un incremento de vulnerabilidad.

Es decir, que centralizarse en el trauma vivido puede afectar la vida de la persona, como llevándola a perder el propósito de vida, o puede dar un pronóstico favorable, como llevándola a sobresalir y desarrollarse al trauma. Ahora bien, el que pase una u otra consecuencia, se determinara a partir de factores que medien a la centralidad del evento.

De lo anterior y en concordancia con los resultados de esta investigación, es preciso resaltar el papel de la alienación, en un rol mediador, importante, en la determinación de la perdida de propósito de vida. Un paciente que haya centralizado al cáncer en su vida perderá su propósito de vida, solo si la persona experimenta un incremento en la alienación, es decir, si se muestra más desconectado de sí mismo.

No solo observar que aquellos individuos con una mayor centralidad en el evento diagnóstico de cáncer tienden a mostrar una mayor pérdida de la propia identidad. Además, de esa relación devendrá una disminución en sus capacidades de gestionarse y plasmar un Propósito de vida

Por lo anterior, es importante direccionar este hallazgo hacia propuestas de intervención y trabajo terapéutico hacia el constructo denominado Alienación. Si los

pacientes logran trabajar la centralidad del evento, pero también estrategias para contrarrestar la pérdida del self a través de intervenciones terapéuticas, su capacidad de buscar un propósito en la vida se verá reforzada. Cabe precisar además que la relación entre Alienación y Autotrascendencia es negativa, motivo por el cual, trabajar sesiones terapéuticas centradas en promover la capacidad de autotrascendencia de los pacientes también generará un impacto en su propósito de vida.

VII. CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos, contrastados con la evidencia existente y los modelos teóricos vigentes, es posible concluir, la hipótesis inicial del estudio no muestra respaldo ya que no se encontró evidencia empírica para respaldar que la autotrascendencia y propósito de vida logran significancia estadística al explicar la puntuación de centralidad del evento.

En segundo lugar, de la búsqueda de evidencia y teoría se encontró respaldo empírico en los hallazgos para aceptar la hipótesis que explica que una mayor centralidad del evento conlleva a una mayor alienación del individuo y como consecuencia de esa relación éste experimentará un decrecimiento en su propósito de Vida. Ya que se encontraron resultados que indicaban: que aquellos individuos con mayores puntuaciones en CES consiguen mayores puntuaciones en Alienación, y al evidenciar mayores puntuaciones en Alineación muestran una menor puntuación en PIL. Adaptando esto al contexto clínico y la población de estudio, se entendería que, aquellos pacientes diagnosticados con cáncer que tienden a centralizar el trauma de manera negativa, posterior a recibir el diagnóstico, también se mostrarán alienados o menor capacidad de identificación consigo mismo (“self”), se desconectarán consigo mismos y con los demás. Además, estos individuos con altos niveles de alienación vivenciarán una disminución en su propósito de vida o perderán la capacidad de desarrollar un vínculo estable con determinadas creencias, valores y orientaciones; la capacidad de orientarse a metas y, el significado personal de la vida.

Existe evidencia empírica que respalda el rol predictor de la centralidad del evento sobre las variables alienación y propósito de vida. De igual manera, existe evidencia empírica respecto al rol mediador de la variable alienación entre la centralidad y el propósito de vida y evidencia que advierte el rol dependiente del propósito de vida,

como resultado de la influencia de la centralidad del evento y la alienación. Además, existe fundamento teórico: el modelo de cognitivo del TEP (Ehlers y Clarck, 1999) y el enfoque centrado en la persona (Joseph y Linley, 2006). A partir de los cuales, se puede comprender de qué manera, los pacientes al centralizar el cáncer en sus vidas (trauma) de una manera negativa, llegar a entrar en estados de alienación; haciéndolos más vulnerables a caer desarrollar consecuencias negativas en su salud mental a futuro. Sin embargo, la evidencia y la teoría advierte también que la centralidad del trauma no solamente puede ser negativa, también puede tener una perspectiva positiva, que, de darse, el proceso de alienación no aparecerá y, en su lugar, los pacientes tendrán un crecimiento posterior al trauma.

Finalmente, se advierte que, si bien es cierto que la evidencia es de marcada relevancia para valorar las formas de intervenir a pacientes con cáncer, esta investigación, es la primera que analiza las tres variables juntas; por lo que es necesario ser prudente al momento de aseverar y generalizar los hallazgos. Frente a ello, es importante que se repliquen estudios en otros contextos y bajo otras condiciones a fin de dar mayor amplitud o profundidad a la evidencia encontrada.

También, es importante destacar que una de las limitaciones presentadas en esta investigación, fue el contexto sociosanitario que todo el país se encontraba atravesando debido a la pandemia del COVID-19. Es relevante entender el desempeño de nuestros sujetos de estudio, personas que seguían un proceso de tratamiento o lo habían culminado debido a un diagnóstico de cáncer, en el momento que completaron los cuestionarios de evaluación on-line.

No obstante, como se enfatizó en la introducción, el presente trabajo de tesis enfoca la enfermedad cáncer desde la multicausalidad con una dinámica compleja no lineal, y la presencia de la pandemia generada por el COVID 19 agrega más complejidad al fenómeno de interés. Desde un enfoque integrativo PNIE Dubourdieu y Nasi (2017) se afirma que el cáncer es la manifestación de un desequilibrio, de una disfunción global que puede originarse en cualquiera de los niveles del sistema complejo bio-psico-social-espiritual o en una combinación de ellos. Por consiguiente, se postula que lo complejo es la situación que vive el paciente, su familia y el equipo sanitario.

Si bien no se ha perdido de vista un punto de vista ecológico, el cual contextualiza este trabajo, no se ha tomado el COVID 19 como una variable de inclusión

en la presente tesis. Tampoco se han buscado patrones espaciales y temporales, ni el abordaje de la epidemiologia, ni la salud pública en un contexto de pandemia.

Algunos reportes sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en el cuidado del cáncer en América Latina (Americas Health Foundation, EY-Parthenon team, Catalyst Consulting Group, Johnson MC), describen el impacto en la salud mental de las personas, entre las que se destacaron el miedo, la incertidumbre y la angustia, al mismo tiempo que destaca sentimientos positivos como responsabilidad, cuidado, e interdependencia social (Johnson MC). Además, todas las referencias citadas coinciden en enfatizar el impacto multidimensional de la pandemia, aunque dicho impacto no sería homogéneo ya que dependería del estado individual previo a la pandemia, los recursos personales y el apoyo estatal.

Sin duda se puede asumir que el COVID 19 ha sido un estresor de alto voltaje, capaz de amplificar o no estresores previos, y podríamos considerar el efecto negativo en el bienestar emocional de las personas. Asimismo, resulta interesante destacar la emergencia de variables amortiguadoras del impacto como la resiliencia, la creatividad, el crecimiento post traumático. Los sujetos del presente estudio podrían haber experimentado ambos grupos de sentimientos, tanto los estresores como los positivos, en cualquier momento del diseño de estudio. Es decir, podrían estar atravesando fases distintas según la ayuda o el soporte sanitario que su localidad de residencia recibiera, según el impacto de las experiencias generadas en el núcleo más cercano (familia y amigos) del paciente con cáncer, y según sus propios recursos afectivos para afrontar agentes estresores a lo largo del curso de la pandemia.

Finalmente, respecto al impacto de la COVID 19 en la población puntual de estudio, no se han encontrado estudios de investigación donde se trabajen las tres escalas presentadas en esta tesis, y tampoco con la población objeto de estudio del presente trabajo, a fin de poder realizar un acercamiento comparativo entre los resultados obtenidos dentro del momento de la pandemia y fuera de la misma.

Borges decía que “la decisión final no existe, se ramifica en otras”, y el llamado de Hipócrates de extender la investigación es el llamado a una búsqueda sin dogmas y sin límites. Esta investigación, con humildad, recoge ambos pensamientos.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas o aun con ellas termina siendo pertinente la concepción vitalista y evolutiva del mundo en la que incluimos la idea bergsoniana del elan vital, ese impulso vital que da lugar al crecimiento y a la expansión,

en actos de organización que van del centro a la periferia.

El prerrequisito de una existencia saludable es la necesidad del ser humano de sentirse vivo existiendo. Precisamos tener una mirada creativa sobre las cosas, encarnar proyectos, encontrarnos con lo inédito aceptando la vida como algo por hacerse, buscar sentidos y significados, rescatarnos de lugares donde uno no es, sentirnos uno y habitando un cuerpo que es el propio centro, ser uno mismo con los otros. Forma que encuentro como la mejor opción para sentirnos vivos y plenos.

Menos perfectos y más humanos.

REFERENCIAS

Acevedo Bouzas, J., Bonilla, P., Rodríguez, J. J., & Palacios, L. E. (2007). Dolor neuropático en cáncer de mama gabapentina versus carbamazepina. *Revista venezolana de oncología*, *19*(3), 194-203. http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-05822007000300002&script=sci_arttext

Agudelo Botero, M. (2013). Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud colectiva*, *9*(1), 79-90. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652013000100007&script=sci_arttext&tlng=es

Akase, M., Terao, T., Kawano, N., Sakai, A., Hatano, K., Shirahama, M., Hirakawa, H., Kohno, K. y Ishii, N. (2020). More Purpose in Life and Less Novelty Seeking Predict Improvements in Self-Compassion During a Mindfulness-Based Intervention: The EXMIND Study. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 252. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00252

Allport, G. W. (1961). Pattern and growth in personality.

Andriola, E., Donfrancesco, R., Zaninotto, S., Di Trani, M., Cruciani, A. C., Innocenzi, M., Marano, A., Pomella, L. y Cloninger, C. R. (2012). The Junior Temperament and Character Inventory: Italian validation of a questionnaire for the measurement of personality from ages 6 to 16 years. *Comprehensive psychiatry*, *53*(6), 884-892. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.01.008

Arkar, H., Sorias, O., Tunca, Z., Safak, C., Alkin, T., Akdede, B. B., Sahin, S., Akvardar, Y., Sari, O. y Cimilli, C. (2005). Factorial structure, validity, and reliability of the Turkish temperament and character inventory. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *16*(3), 190. PMID: 16180152.

Aukst Margetić, B., Kukulj, S., Šantić, Ž., Jakšić, N., y Jakovljević, M. (2013). Predicting depression with temperament and character in lung cancer patients. European *Journal of Cancer Care*, *22*(6), 807-814. DOI: 10.1111/ecc.12080

Bakht, S., y Najafi, S. (2010). Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *5*, 1493-1497. DOI:10.1016/j.sbspro.2010.07.314

Bellet, B. W., Neimeyer, R. A. y Berman, J. S. (2018). Event centrality and bereavement symptomatology: The moderating role of meaning made. *OMEGA- Journal of*

Death and Dying, *78*(1), 3-23. https://doi.org/10.1177/0030222816679659

Beltrán Rodríguez, D. R., Galindo Colon, A. M., y Molano Niño, D. M. (2015). *Estrategias y recursos noológicos en mujeres sobrevivientes al cáncer de seno.* [Tesis de grado, Fundación Universitaria Los Libertadores] Repositorio virtual: https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/341/DoralbaRocioBeltranRodriguez.pdf?sequence=2

Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, *52*(7), 782-787. https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011

Bering, J. M. (2003). Towards a cognitive theory of existential meaning. *New Ideas in Psychology*, *21*(2), 101-120. https://doi.org/10.1016/S0732-118X(03)00014-X

Bernard, J. D., Whittles, R. L., Kertz, S. J. y Burke, P. A. (2015). Trauma and event centrality: Valence and incorporation into identity influence well-being more than exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *7*(1), 11. https://doi.org/10.1037/a0037331

Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events. Do memories of traumas and extremely happy events differ? *Applied Cognitive Psychology*, *15*, 135–158. https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/acp.838

Berntsen, D., Willert, M., y Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, *17*(6), 675-693. https://doi.org/10.1002/acp.894

Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2004). Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & cognition*, *32*(3), 427-442. https://doi.org/10.3758/BF03195836

Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2006a). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour research and therapy*, *44*(2), 219-231. DOI: 10.1016/j.brat.2005.01.009.

Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2006b). Emotion and vantage point in autobiographical. *Cognition and Emotion*, *20*(8), 1193-1215. https://doi.org/10.1080/02699930500371190

Berntsen, D., y Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one’s identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms.

Behaviour Research and Therapy, *44*(2), 219–231. http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.009

Berntsen, D., Rubin, D. C., y Siegler, I. C. (2011). Two versions of life: Emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, *11*(5), 1190-1201. DOI: 10.1037/a0024940

Boals, A., y Schuettler, D. (2011). A double-edged sword: Event centrality, PTSD and posttraumatic growth. *Applied Cognitive Psychology*, *25*(5), 817-822. https://doi.org/10.1002/acp.1753

Boals, A., Hayslip Jr, B., Knowles, L. R., y Banks, J. B. (2012). Perceiving a negative event as central to one's identity partially mediates age differences in posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Aging and Health*, *24*(3), 459- 474. https://doi.org/10.1177/0898264311425089

Boals, A., Schuettler, D., & Southard-Dobbs, S. (2015). 4 Construing trauma as a double-edged sword: how narrative components of autobiographical memory relate to devastation and growth from trauma. *Clinical perspectives on autobiographical memory*, 65. Clinical Perspectives on Autobiographical Memory - Google Libros

Boals, A. y Ruggero, C. (2016). Event centrality prospectively predicts PTSD symptoms. *Anxiety, Stress, & Coping*, *29*(5), 533-541. https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1080822

Boals, A. y Lancaster, S. (2018). Religious coping and mental health outcomes: The mediating roles of event centrality, negative affect, and social support for military veterans. *Military Behavioral Health*, *6*(1), 22-29. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.07.006

Boykin, D., Anyanwu, J., Calvin, K., y Orcutt, H. (2020). The moderating effect of psychological flexibility on event centrality in determining trauma outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(2), 193–199. https://doi.org/10.1037/tra0000490

Brooks, M., Graham-Kevan, N., Lowe, M., y Robinson, S. (2017). Rumination, event centrality, and perceived control as predictors of post-traumatic growth and distress: The Cognitive Growth and Stress model. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*(3), 286-302. DOI: 10.1111/bjc.12138

Bundick, M. J. (2011). The benefits of reflecting on and discussing purpose in life in emerging adulthood. *New directions for youth development*, *2011*(132), 89-103. DOI: 10.1002/yd.430

Castañeda, R. F. G. y Pérez, R. L. (2017). Nivel de Autotrascendencia en un grupo de adultos mayores mexicanos. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1476-87. DOI:

https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.354

Catalano, D., Chan, F., Wilson, L., Chiu, C. y Muller, V.L. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. Rehabilitation Psychology, 56, 200-211. http://dx.doi.org/10.1037/a0024571

Cazabonne, R. (2019). *Personalidad, Propósito de Vida y Resiliencia: Revisión bibliográfica. {PSOCIAL}*, 5(2), 26-33. ISSN 2422-619X

Chakroun-Vinciguerra, N., Faytout, M., Pélissolo, A. y Swendsen, J. (2005). Validation française de la version courte de l'Inventaire du Tempérament et du Caractère (TCI-125). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 15*(1), 27-33. https://doi.org/10.1016/S1155-1704(05)81209-1

Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self. *Sociological Quarterly, 36*, 657–680. https://doi.org/10.1111/j.1533-8525

Chen, Y., Xiao, H., Zheng, J., Zhang, X., y Lin, X. (2020). Effects of a mind map-based life review programme on psychospiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy: A randomised controlled trial. *European Journal of Cancer Care, 29*(3), DOI: 10.1111/ecc.13221

Clauss, K., Benfer, N., Thomas, KN y Bardeen, JR (2021). The interactive effect of event centrality and maladaptive metacognitive beliefs on posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13* (5), 596–602. https://doi.org/10.1037/tra0001010

Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. y Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use.* https://www.researchgate.net/profile/Robert-Cloninger/publication/264329741_TCI-Guide_to_Its_Development_and_Use/links/53d8ec870cf2e38c6331c2ee/TCI-Guide-to-Its-Development-and-Use.pdf

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry, 50*(12), 975-990. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008

Cloninger, C. R. (2004). *Feeling good: the science of well-being*. Oxford University Press.

Collateral Global., 2021. *The effects of cancer delays during the COVID-19 pandemic. [acceso 08/06/2021]*. https://collateralglobal.org/article/effects-of-cancer-delays-during-the-covid-19-pandemic

Comello, M. L., Francis, D. B., Hursting, L., Swarner, E., y Marshall, L. H. (2019). Values

of cancer survivors and the supportive role of recreational video games. Journal of Health Psychology, 1-15. https://doi.org/10.1177/1359105319871663

Conde, C., Balseiro, J., & Balaguer, A. (2020). Neoplasia del pulmÃ³n en el sexo femenino. Informe de 207 casos. *Revista Cubana de Medicina*, *20*(1). http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/viewFile/1575/1298

Cotton, K. (2014). *Purpose in life.* Springer.

Coward, D. D. y Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: A resource for healing at the end of life. *Issues in mental health nursing*, *17*(3), 275-288. https://doi.org/10.3109/01612849609049920

Crumbaugh, J. C. y Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of clinical psychology*, *20*(2), 200-207. https://doi.org/10.1002/1097- 4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U

Crumbaugh, J. C. (1977). The seeking of noetic goals test (SONG): A complementary scale to the purpose in life test (PIL). *Journal of Clinical Psychology*, *33*(3), 900- 907. DOI: 10.1002/1097-4679(197707)33:3<900::aid-jclp2270330362>3.0.co;2-8

Cuesta-Guzmán, M., Sánchez-Villegas, M., Bahamón, M. J., y Arenas Landgrave, P. (2020). Resiliencia y cáncer de mama: una revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, *39(*3). [Archivo PDF] https://hdl.handle.net/20.500.12442/6171

Damon, W. (2008). *The path to purpose: Helping our children find their calling in life*. Simon and Schuster.

David, G., Shakespeare-Finch, J., & Krosch, D. (2022). Testing theoretical predictors of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptoms. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, *14*(3), 399. https://doi.org/10.1037/tra0000777

Dávila Cubas, M. E. y Flores Llontop, I. D. C. (2017). *Programa "Intencionalmente autotrascendente" en el sentido de vida en adultos mayores.* (Tesis de Grado, Universidad Señor de Sipán). Repositorio virtual: http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/4129

Díaz Heredia, L. P. (2012). *Promoción de salud: autotrascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol/Health promotion: self-transcendence, spirituality and well being in no consumers of alcohol and moderate consumers of alcohol.* (Tesis de Doctorado en Enfermería, Universidad

Nacional de Colombia). Repositorio virtual: https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10824

Dubordieu, M., Nasi, M.L. (2017). *Cáncer y Psico-Neuro-Inmunología. Clínica Integrativa en Oncologia.* Nativa editorial.

Dzamonja-Ignjatovic, T., Svrakic, D. M., Svrakic, N., Jovanovic, M. D. y Cloninger, R. C. (2010). Cross-cultural validation of the revised Temperament and Character Inventory: Serbian data. *Comprehensive psychiatry, 51*(6), 649-655. DOI: 10.1016/j.comppsych.2009.09.009

Ehlers, A., Clark, D., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., y Foa, E. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 457–471. http://dx.doi.org/10.1023/A:1024448511504

Ehlers, A., y Clark, D. (1999). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–345. http://dx.doi.org/10.1016/S0005- 7967(99)00123-0

Ehlers, A., y Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 217-249

Emmons, R. A. (2005). Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues, 61*(4), 731-745.

Erikson, E. H., Paul, I. H., Heider, F., Gardner, R. W., & Klein, G. S. (1959). *Psychological issues: Identity and the life cycle; studies in remembering; on perception and event structure and the psychological environment; cognitive control*. International Universities Press, Incorporated.

Evers, A. W., Zautra, A., & Thieme, K. (2011). Stress and resilience in rheumatic diseases: a review and glimpse into the future. *Nature Reviews Rheumatology, 7*(7), 409-415. https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.80

Farahani, A. S., Rassouli, M., Yaghmaie, F., Majd, H. A. y Sajjadi, M. (2016). Psychometric Properties of the Persian Version of Self-Transcendence Scale: Adolescent Version. *International journal of community based nursing and midwifery, 4*(2), 157. PMCID: PMC4876784

Farmer, R. F. y Goldberg, L. R. (2008). A psychometric evaluation of the revised Temperament and Character Inventory (TCI-R) and the TCI-140. *Psychological assessment, 20*(3), 281. doi: 10.1037/a0012934

Faustova, A. G. (2020). *Dataset on Posttraumatic Growth in Women Survived Breast Cancer*. Data in Brief, 106468.

Ferrando, P. J., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo, 31*(1), 18-33. https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf

Fitzgerald, J. M. (1988). Vivid memories and the reminiscence phenomenon: The role of a self-narrative. *Human Development, 31*(5), 261-273. https://doi.org/10.1159/000275814

Forgiony-Santos, J. O., Bonilla-Cruz, N. J., Moncada-Grass, A. J., Castañeda, A. J. G., Rey, K. F. A., & López, O. F. C. (2019). Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. *Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica, 38*(5), 653-660. https://www.redalyc.org/journal/559/55962867021/55962867021.pdf

Franco, D., Jirado, S., Julio, S., Narváez, L. & Sequea, D. (2016) *Espiritualidad en mujeres con cáncer de mama en instituciones de salud de Cartagena. Facultad de enfermería.* Disponible en: https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/4513/TRABAJO%20FINAL%20PARA%20COMITE.pdf?sequence=2

Frankl, V. E. (1959). The spiritual dimension in existential analysis and logotherapy. *Journal of Individual Psychology, 15*(2), 157.

Frankl, V. E. (1964). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy.* Editorial Beacon Press. Boston, Massachusetts, Estados Unidos.

Frankl, V. E. (1966). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology, 6*(2), 97-106. https://doi.org/10.1177/002216786600600201

Frankl, V. E. (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia*. Herder Editorial. ISBN: 9788425430565

Garcia, D., Lester, N., Cloninger, K. M. y Cloninger, C. R. (2017). The temperament and character inventory (TCI). Encyclopedia of personality and individual differences. *Cham: Springer*, 1-3.

García, F. E., Rojas, N. V., Araya, F. B., y Gallegos, Y. B. (2018). Rumiación, crecimiento y sintomatología postraumática en personas que han vivido experiencias altamente estresantes. *Avances en Psicología Latinoamericana, 36*(3), 443-457.

Gallegos, M. & Hernández, D. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Revista Investigación Enfermería, 16*(2), pp. 99-104.

García, N., Morey, J., Kasarskis, E., y Segerstrom, S. (2017). Purpose in life in ALS patient–caregiver dyads: A multilevel longitudinal analysis. *Health Psychology, 36* (11), 1092–1104. https://doi.org/10.1037/hea0000507

García-Romeu, A. (2010). Self-transcendence as a measurable transpersonal construct. *Journal of Transpersonal Psychology, 42*(1), 26.

Garduño, C., Riveros, A. & Sánchez, J. J. (2010) Calidad de vida y cáncer de mama: Efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de medicina conductual 1*(8), pp. 69-80.

Gehrt, T. B., Berntsen, D., Hoyle, R. H. y Rubin, D. C. (2018). Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: A systematic review. *Clinical psychology review, 65*, 57-80. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.07.006

George, L., Park, C. y Chaudoir, S. (2016). Examining the relationship between trauma centrality and posttraumatic stress disorder symptoms: A moderated mediation approach. *Traumatology,* 22 (2), 85–93. https://doi.org/10.1037/trm0000063

Gholamzadeh, R., Jadidi, M., y Donyavi, R. (2017). Explaining the structural model of responsibility based on family function and social competence with the mediator role of adolescent purpose in life. *Journal of Nursing and Midwifery Science, 4*(1): 32-39. DOI: 10.18869/acadpub.jnms.4.1.32

Gómez, J. J., Unda, Y. T. & Toro, C. (2015) Cuerpo y cáncer de mama: Una aproximación psicoanalítica. *Revista Ciencia y Salud, 3*(11), pp. 33-40.

Goncalves, D. M. y Cloninger, C. R. (2010). Validation and normative studies of the Brazilian Portuguese and American versions of the Temperament and Character Inventory—Revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders, 124*(1-2), 126-133. DOI: 10.1016/j.jad.2009.11.007

Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2013). The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(5), 477. http://dx.doi.org/10.1037/a0028809

Grotberg, E. H. (2001). Resilience programs for children in disaster. *Ambulatory child health, 7*(2), 75-83. https://doi.org/10.1046/j.1467-0658.2001.00114.x

Guerra, L. & Pino, E. (2014) *Influencia de la autoeficacia, las emociones negativas, la espiritualidad y el apoyo social sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.* Facultad de Psicología. https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3174/Guerralorely.pdf?sequ ence=1

Guerrero Alcedo, J. M., Prepo Serrano, A. R., y Loyo Álvarez, J. G. (2016).

Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 15*(2), 297-309.

Gutiérrez-Carmona, A., Alday Mondaca, C. y Calderón Carvajal, C. (2020). Validación de la versión en español de la escala Perspectiva Espiritual de P. Reed. *Revista Cubana de Enfermería, 36*(1).

Haase, J. E., Britt, T., Coward, D. D., Leidy, N. K. y Penn, P. E. (1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 24(2), 141-147. doi: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00239.x.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). Multivariate data analysis 6th Edition. Pearson Prentice Hall. New Jersey. humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.

Hansenne, M., Delhez, M., & Cloninger, C. R. (2005). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory–Revised (TCI–R) in a Belgian sample. *Journal of personality assessment, 85*(1), 40-49. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8501_04

Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H. y Espnes, G. A. (2014). The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing, 9*(1), 65-78. https://doi.org/10.1111/opn.12018

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2016). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). Mc Graw Hill.

Helgeson, V. (2011). Survivor centrality among breast cancer survivors: implications for well-being. *Psycho-Oncology, 20*, 517–524. https://doi.org/10.1002/pon.1750

Herbst, J. H., Zonderman, A. B., McCrae, R. R. y Costa Jr, P. T. (2000). Do the dimensions of the temperament and character inventory map a simple genetic architecture? Evidence from molecular genetics and factor analysis. *American Journal of Psychiatry, 157(8)*, 1285-1290. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.8.1285

Hill, P. L. y Turiano, N. A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological science, 25*(7), 1482-1486. DOI: 10.1177/0956797614531799

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika, 30*(2), 179–185. https://doi.org/10.1007/BF02289447

Hutzell, R. (1989). Life Purpose Questionnaire. Berkeley, CA: Institute of Logotherapy Press.

Indinger, S. (2010). Meaning is What is Meant–Viktor Frankl's logotherapy. *InterAction-The*

Journal of Solution Focus in Organisations, 2(1), 27-47.

Instituto Nacional del Cáncer (2020, julio 26). *Estrés postraumático relacionado con el cancer (PDQ®)–Versión para profesionales de salud*. [SUMARIO]. https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/nueva- normalidad/ptsd-pro-pdq

Irurzun, J. I. y Yaccarini, C. (2018). Resiliencia, Espiritualidad y Propósito de Vida. Una revisión del estado del arte. {PSOCIAL}, 4(2), 66. ISSN 2422-619X

Jadidi, M., Shahnasi, M., y Saberi Zafarghandi, M. B. (2019). Think and Act Positive: How to Deal with Conformity and Purpose in Life During Adolescence. *International Journal of School Health, 6*(3), 1-7. DOI: 10.5812/intjsh.79870

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. https://doi.org/10.1037/11258-000

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, 7* (2), 113–136. https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113

Johnson MC, Saletti L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Revista Ciencia Colectiva de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva 2020;25*(1):2447-56

Joseph, S., y Linley, P. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review, 26* (8), 1041-1053. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006

Kállay, É., & Miclea, M. (2007). The role of meaning in life in adaptation to life-threatening illness. *Cognition, Brain, Behavior, 11*(1), 159. https://www.researchgate.net/profile/Eva-Kallay/publication/281633775

Kashdan, T. B. y McKnight, P. E. (2009). Origins of purpose in life: Refining our understanding of a life well lived. *Psihologijske teme, 18*(2), 303-313. UDC – 159.019.3. 130.1. 316.6:159.922.2. ISSN 1849-0395

Kaviani, H. y Poor Naseh, M. (2005). Validation of temperament and character inventory (TCI) in iranian sample: Normative data. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications, 63*(2), 89-98. [Archivo PDF] http://tumj.tums.ac.ir/article-1-1033-en.html

Kim, S. S., Reed, P. G., Kang, Y. y Oh, J. (2012). Translation and psychometric testing of the Korean versions of the spiritual perspective scale and the self-transcendence scale in Korean elders. *Journal of Korean Academy of Nursing, 42*(7), 974-983. DOI: 10.4040/jkan.2012.42.7.974

Koltko-Rivera, M. E. (2006). Rediscovering the later version of Maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification. *Review of general psychology, 10*(4), 302-317. https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.4.302

Korotkov, D. L. (1998). *The sense of coherence: Making sense out of chaos*. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications (pp. 51–70). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

Kuenemund, A., Zwick, S., Rief, W. y Exner, C. (2016). (Re-) defining the self–Enhanced posttraumatic growth and event centrality in stroke survivors: A mixed-method approach and control comparison study. *Journal of health psychology, 21*(5), 679-689. DOI: 10.1177/1359105314535457

Längle, A., & tr González, M. (2000). *Viktor Frankl: una biografía*.

Le, T. N. (2011). Life satisfaction, openness value, self-transcendence, and wisdom. *Journal of Happiness Studies, 12*(2), 171-182. https://doi.org/10.1007/s10902- 010-9182-1

Levenson, M. R., Aldwin, C. M. y Cupertino, A. P. (2001). *Transcending the self: Towards a liberative model of adult development.* Maturidade & velhice: Um enfoque multidisciplinar, 99-116.

Levenson, M. R., Jennings, P. A., Aldwin, C. M. y Shiraishi, R. W. (2005). Self-transcendence: Conceptualization and measurement. *The International Journal of Aging and Human Development, 60*(2), 127-143. DOI: 10.2190/XRXM-FYRA- 7U0X-GRC0

Lin, H. S., Wang, C., Chou, F. H., & Tang, P. L. (2021). Tumor origin and symptom distress of radiotherapy affected fluctuation of purpose in life for cancer patients. *Psychology, Health & Medicine, 26*(3), 359-365.

Lostaunau, V., Torrejón, C., y Cassaretto, M. (2017). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en psicología, 31*(122), 75-90. http://dx.doi.org/10.15517/ap.v31i122.25345

Luby, J. L., Svrakic, D. M., McCallum, K., Przybeck, T. R. y Cloninger, C. R. (1999). The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure. Psychological reports, 84(3_suppl), 1127-1138.

Lyoo, I. K., Han, C. H., Lee, S. J., Yune, S. K., Ha, J. H., Chung, S. J., ... y Hong, K. E. (2004). The reliability and validity of the junior temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry, 45*(2), 121-128. DOI: 10.2466/pr0.1999.84.3c.1127

Martin, J. D., Sánchez, M. J. & Sierra, J. C. (2005) Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología, 14*, pp. 34-45.

Maslow, A. (1968). Some educational implications of the humanistic psychologies. *Harvard Educational Review, 38*(4), 685-696. https://doi.org/10.17763/haer.38.4.j07288786v86w660

Mathieson, C. M., & Stam, H. J. (1995). Renegotiating identity: Cancer narratives. *Sociology of Health and Illness, 17*, 283–306. https://doi.org/10.1111/1467- 9566.ep10933316

McCarthy, V. L., Ling, J., & Carini, R. M. (2013). The role of self-transcendence: a missing variable in the pursuit of successful aging?. *Research in Gerontological Nursing*. DOI: 10.3928/19404921-20130508-01

McCrae, R. R. (2009). *The five-factor model of personality traits: Consensus and controversy*. The Cambridge handbook of personality psychology, 148-161. https://doi.org/10.1017/CBO9780511596544.012

McKnight, P. E. y Kashdan, T. B. (2009). Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being: An integrative, testable theory. *Review of General Psychology, 13*(3), 242-251. DOI: 10.1037/a0017152

Medina Navarro, M. A. y Rodríguez Marín, I. S. (2018). *Nivel de autotrascendencia y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores cesantes de la Seguridad Social de Arequipa, 2017*. (Tesis de Grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa). Repositorio virtual: http://bibliotecas.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5151

Montero, I., y Leon, O. (2007). *A guide for naming research studies in Psychology. International Journal of Clinical ad Health Psychology, 7*(3), 847-862.

Moskowitz, J. T. (2010). Positive affect at the onset of chronic illness: Planting the seeds of resilience.

Newby, J. M., & Moulds, M. L. (2011). Intrusive memories of negative events in depression: Is the centrality of the event important?. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *42*(3), 277-283. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.011

Noblejas de la Flor, M. Á. (2018). Logoterapia, fundamentos y líneas de intervención. *Revista de Psicoterapia, 29*(109), 69-87. DOI: 10.33898/rdp.v29i109.231

Noblejas de la Flor, M. A. y Rodríguez-Fernández, M. I. (2005). *Logoterapia, una ayuda para afrontar la adversidad.* Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'esport Blanquerna, 105-116. ISSN 1138-3194

Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A. y Lundman, B. (2005).

Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & mental health, 9*(4), 354-362. DOI: 10.1080/1360500114415

Ocampo, J., Valdez, J. L., González, N. I., Andrade, P., Oblitas L. A. & García, R. O. (2011) *Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XX* (3), pp. 265-269.

Ochoa Arnedo, C., Sánchez, N., Sumalla, E. C., y Casellas-Grau, A. (2019). Stress and growth in cancer: Mechanisms and psychotherapeutic interventions to facilitate a constructive balance. *Frontiers in Psychology, 10*, 177. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00177

Ong, A.D., Zautra, A.J. y Reid, M.C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging, 25,* 516-523. http://dx.doi.org/10.1037/a0019384

Onu, D. U., Ugwu, D. y Orjiakor, C. T. (2019). Events Centrality Moderates the Relationship Between Posttraumatic Growth and Health-Related Quality of Life Among People Living With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 30*(6), 668-674. DOI: 10.1097/JNC.0000000000000094

Park, C. L., Bharadwaj, A. K. y Blank, T. O. (2011). Illness centrality, disclosure, and well-being in younger and middle-aged adult cancer survivors. *British Journal of Health Psychology, 16*(4), 880-889. DOI: 10.1111/j.2044-8287.2011.02024.x

Park, C. L., Pustejovsky, J. E., Trevino, K., Sherman, A. C., Esposito, C., Berendsen, M., y Salsman, J. M. (2019). Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer, 125*(14), 2383-2393. DOI: 10.1002/cncr.32078

Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Parker, K., Malhi, G., Mitchell, P., Wilhelm, K. y Austin, M. P. (2003). An Australian validation study of the temperament and character inventory. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(5), 359-366. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2003.00149.x

Pazouki Toroudi, E., y Kazemian, S. (2018). The relationship of emotional well-being with women's characteristics suffering from breast cancer. *Journal of Research and Health, 8*(3), 226-233. DOI: 10.29252/jrh.8.3.226

Pélissolo, A., Veysseyre, O. y Lépine, J. P. (1997). Validation of a computerized version of the temperament and character inventory (TCI) in psychiatric inpatients. *Psychiatry research, 72*(3), 195-199. https://doi.org/10.1016/S0165-1781(97)00099-1

Pena-Gayo, A., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á. y Mena-Tudela, D. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of Pamela Reed's Self-Transcendence Scale for the Spanish context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26*. DOI: 10.1590/1518-8345.2750.3058

Peplińska, A., Wojdylo, K., Kosakowska-Berezecka, N., y Połomski, P. (2015*). The role of purpose in life and social support in reducing the risk of workaholism among women in* Poland. Health Psychology Report, 3(4), 326-335. https://doi.org/10.5114/hpr.2015.50902

Pérez, S., Okino, N., Díaz, A., Lordelo, P. M. & Ruiz, M. L. (2019*) Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: Una revisión integrativa. Revista Enfermería Universitaria, 16*(2), México. ISSN 2395-8421.

Petraşcu, C. M., Vaşadi, V. M., Moisă, R., y Manea, M. M. (2019). The link between personality dimensions and pain perception in patients with diabetes mellitus or cancer. *Medicine and Pharmacy Reports, 92*(3), 253. DOI: 10.15386/mpr-1300

Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of personality, 67*(6), 985-1013. DOI: 10.1111/1467-6494.00080

Pillemer, D. B. (1998). *Momentous events, vivid memories.* Cambridge: Harvard University Press.

Pillemer, D. (2003). Directive functions of autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory, 11*(2), 193-202. https://doi.org/10.1080/741938208

Pinquart, M. (2002). *Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta- analysis. Ageing international, 27*(2), 90-114. DOI: 10.1007/s12126-002-1004-2

Piñeros. M. & Cendales, R., Sánchez, R., Perry, F., Ocampo, R. & García, A. (2008) Características sociodemográfica, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Revista colombiana de cancerología, 12* (4), p. 181-190.

Porter, S. y Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition, 15*(7), S101-S117. https://doi.org/10.1002/acp.766

Preuss, M. (2019). Resiliencia, centralidad de los eventos traumáticos y espiritualidad en el marco del modelo de los cinco factores de la personalidad. *{PSOCIAL}*, 5(2), 50-55. https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/5156

Puentes Silva, Y. M., Urrego Barbosa, S. C., & Sánchez Pedraza, R. (2015). Espiritualidad,

religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, *33*(3), 481-495. https://www.redalyc.org/pdf/799/79940724009.pdf

Quinn, D., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*, 634–651. https://doi.org/10.1037/a0015815

R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/.

Reed, P. G. (1986). Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Research in Nursing & Health*, *9*(1), 35-41. DOI: 10.1002/nur.4770090107

Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in nursing & health*, *10*(5), 335-344. DOI: 10.1002/nur.4770100507

Reed, R. (1989). The organization of 3'splice-site sequences in mammalian introns. *Genes & development*, *3*(12b), 2113-2123. doi:10.1101/gad.3.12b.2113 Genes & Dev. 1989. 3: 2113-2123

Reed, P. G. (1991*). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. Nursing research*, *40*(1):5-11. PMID: 1987557

Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in nursing & health*, *15*(5), 349-357. https://doi.org/10.1002/nur.4770150505

Reed, P. G. (2018) Cap. 6: Theory of Self-Trascendence. En: Smith, M. J. y Liehr, P. R. (Eds.). *Middle range theory for nursing.* Springer Publishing Company. Pag: 109- 139.

Reker, G. T., & Peacock, E. J. (1981). The Life Attitude Profile (LAP): A multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *13*(3), 264. https://doi.org/10.1037/h0081178

Revelle, W. (2020) *psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA,* https://CRAN.R-project.org/package=psych Version = 2.1.3.

Rincón Fernández, M. E., San Gregorio, M. Á. P., Más, M. B., y Rodríguez, A. M. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, *11*(1), 25- 41.

Robinson, S. (1992). The family with cancer. *European Journal of Cancer Care*, *1*(2), 29-33. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.1992.tb00108.x

Rogers, C. R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin.

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of statistical software*, *48*, 1-36. https:/www.jstatsoft.org/v48/i02/

Rubin, D. C., Feldman, M. E. y Beckham, J. C. (2004). Reliving, emotions, and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition, 18(1), 17-35. https://doi.org/10.1002/acp.950

Rubin, D. C., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Reliving, emotions and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, *18*, 17–35.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *57*(6), 1069-1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, *4*(4), 99-104. https://doi.org/10.1111/1467- 8721.ep10772395

Ryff, C. D. y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, *69*(4), 719. DOI: 10.1037/0022-3514.69.4.719

Schaefer, S. M., Boylan, J. M., Van Reekum, C. M., Lapate, R. C., Norris, C. J., Ryff, C. D. y Davidson, R. J. (2013). Purpose in life predicts better emotional recovery from negative stimuli. *PloS one*, *8*(11), e80329. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080329

Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., ... y Zdaniuk, B. (2006). The life engagement test: Assessing purpose in life. *Journal of behavioral medicine*, *29*(3), 291. DOI: 10.1007/s10865-005-9044-1

Schuettler, D. y Boals, A. (2011). The path to posttraumatic growth versus posttraumatic stress disorder: Contributions of event centrality and coping. *Journal of Loss and Trauma*, *16*(2), 180-194. DOI: 10.1080/15325024.2010.519273

Shin, J. Y. y Steger, M. F. (2014). Promoting Meaning and Purpose in life.

Shum, M. S. (1998). The role of temporal landmarks in autobiographical memory processes. *Psychological bulletin*, *124*(3), 423-442. DOI: 10.1037/0033- 2909.124.3.423.

Simkin, H. (2019). Adaptación y validación del inventario de autotrascendencia para adultos en el contexto argentino. *Pensando Psicología*, *15*(25), 1-15. DOI: 10.16925/2382-

3984.2019.01.05

Simkin, H. y Azzollini, S. C. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 7*(2), 2. DOI: 10.5872/psiencia/7.2.61

Simkin, H., Matrángolo, G. M., y Azzollini, S. (2017). Validación argentina de la Escala Abreviada de Centralidad del Evento. *Subjetividad y procesos cognitivos, 21*(2), 205-216. ISSN impreso: 1666-244X, ISSN electrónico: 1852-7310

Simkin, H., Matrángolo, G., y Azzollini, S. (2018). Argentine validation of the Purpose in Life Test/Validación argentina del Test de Propósito en la Vida. *Estudios de Psicología, 39*(1), 104-126. https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1407903

Steger, M. F. (2009). Meaning in life.

Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A. y Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality, 76*(2), 199-228. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x

Spiegel, D. (1990). Can psychotherapy prolong cancer survival?. Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72130-5

Tilov, B., Dimitrova, D., Stoykova, M., Tornjova, B., Foreva, G. y Stoyanov, D. (2012). Cross-cultural validation of the revised temperament and character inventory in the Bulgarian language. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*(6), 1180- 1185. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2012.01895.x

Torres, A. (2020) *Hacia una terapia contextual-existencial: Un estudio de caso con una paciente con cáncer de mama*. Facultad de Psicología. Disponible en: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/10269/TORRES%20MARIA%2C%20ALEJANDRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Uchechukwu, D., y Ugwu, D. (2021). Negative centralisation of HIV trauma influences health-related quality of life: Does posttraumatic growth buffer the link?. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 15*, 1 – 7. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100356

Uribe, M. T. (2015) *Trascendencia de la persona enferma: Una mirada desde la antropología personalista.* Doctorado en Filosofía. Disponible en: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9518/Trascendenciapersona%20enferma_antropolog%C3%ADa%20personalista.pdf?sequence=1&isAllow ed=y

Vázquez, M., Carrascosas, R. & Vivar, C. (2012) *La supervivencia de transición en el cáncer*

de mama. Una revisión narrativa. *Revista Rol enfermera, 33(10)*, pp. 670- 679.

Vespa, A., Ottaviani, M., Fossati, A., Giulietti, M. V., Spatuzzi, R., Meloni, C., ... y Cloninger, R. C. (2015). Validation of the Italian translation of the Revised Temperament and Character Inventory–TCI-140–in adult participants and in participants with medical diseases. *Comprehensive Psychiatry, 59,* 129-134. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.12.006

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(2), 366-377. https://psycnet.apa.org/fulltext/2022-34944-001.html

Walker, W. R., Skowronski, J. J. y Thompson, C. P. (2003). Life is pleasant—and memory helps to keep it that way!. *Review of General Psychology, 7*(2), 203-210. https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.2.203

Wamser-Nanney, R., Howell, K., Schwartz, L., y Hasselle, A. (2018). The moderating role of trauma type on the relationship between event centrality of the traumatic experience and mental health outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10* (5), 499–507. https://doi.org/10.1037/tra0000344

Wegner, D. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession and the psychology of mental control*. Viking.

Wnuk, M., Marcinkowski, J. T. y Fobair, P. (2012). The relationship of purpose in life and hope in shaping happiness among patients with cancer in Poland. *Journal of psychosocial oncology, 30*(4), 461-483. DOI: 10.1080/07347332.2012.684988

Wolfe, T. y Ray, S. (2015). *The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men.* International Journal of Mental Health Promotion, 17(2), 78-96. https://doi.org/10.1080/13642529.2015.1008799

Wong, P. T. P & Fry, PS (Eds.)(1998). The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications.

Wong, P. T. P. (2016). Meaning-seeking, self-transcendence, and well-being. In *Logotherapy and existential analysis.* 311-321. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29424-7_27

Yaccarini, C. y Furman, H. (2017). Materialismo, Espiritualidad y Propósito de Vida. *{PSOCIAL}, 3*(2), 31-38. ISSN 2422-619X

Yanik Can, Z., & Üstündağ-Budak, A. M. (2019). Post-traumatic Growth and Posttraumatic

Stress Disorder Among Breast Cancer Survivors. *The International Journal of Human and Behavioral Science*, *5*(2), 44-72. DOI: 10.19148/ijhbs.653123

Yañez-Castillo, B. G., Villar-Luis, M. A. y Alonso-Castillo, M. M. (2018*).* Espiritualidad, autotrascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios/Spirituality, self-transcendence and alcohol consumption in university students/Espiritualidade, autotranscendência e consumo de álcool em estudantes universitários. *Journal health NPEPS*, *3*(1), 5-21. http://dx.doi.org/10.30681/252610102736

Zebrack, B. J. (2000). Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Practice*, *8*, 238–242. https://doi.org/10.1046/j.1523-5394.2000.85004

ANEXOS

Anexo 1. Escala de centralidad del evento

		Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Siento que este evento se ha transformado en parte de mi identidad	1	2	3	4	5
2	Este evento se ha convertido en un punto de referencia en la manera en la que me entiendo a mí mismo/a y al mundo	1	2	3	4	5
3	Siento que este evento se ha convertido en una parte central de mi historia de vida	1	2	3	4	5
4	Este evento ha influido en mi manera de concebir y sentir otras experiencias	1	2	3	4	5
5	Este evento ha cambiado permanentemente mi vida	1	2	3	4	5
6	Usualmente pienso acerca de los efectos que este evento tendrá sobre mi futuro	1	2	3	4	5
7	Este evento fue un punto de inflexión en mi vida	1	2	3	4	5

Anexo 2. Inventario de Autotrascendencia para Adultos

TD: Totalmente en desacuerdo

PD: Parcialmente en desacuerdo

NAD: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

PA: Parcialmente de acuerdo

TA: Totalmente de acuerdo

		FACTOR	TD	PD	NAD	PA	TA
1	Cada vez me gusta más quedarme en silencio, contemplando	Auto	1	2	3	4	5
2	Siento que mi vida es parte de algo más Grande	Auto	1	2	3	4	5
3	Me interesa cada vez menos lo que los demás piensen de mí	Auto	1	2	3	4	5
4	Siento que mi vida tiene menos sentido	Alie	1	2	3	4	5
5	Me enfoco más en el presente	Auto	1	2	3	4	5
6	Tengo un mayor sentido de pertenencia a generaciones pasadas y futuras	Auto	1	2	3	4	5
7	Mi paz mental no se altera tan fácilmente como antes	Auto	1	2	3	4	5
8	Me siento más aislado y solo	Alie	1	2	3	4	5
9	Me interesa menos relacionarme con otras Personas	Alie	1	2	3	4	5
10	Mi sentido de "quién soy" ha ido decreciendo a medida que crezco	Alie	1	2	3	4	5
11	Mi sentido de "quién soy" depende menos de otras personas o situaciones	Auto	1	2	3	4	5
12	No me enojo tan fácilmente	Auto	1	2	3	4	5
13	Me tomo a mí mismo con menos seriedad	Alie	1	2	3	4	5
14	Tengo menos paciencia con otras personas	Alie	1	2	3	4	5

15	Siento más alegría en la vida	Auto	1	2	3	4	5
16	Los objetos materiales me importan cada vez Menos	Auto	1	2	3	4	5
17	Soy menos optimista acerca del futuro de la Humanidad	Alie	1	2	3	4	5
18	Me siento más compasivo, incluso ante mis Enemigos	Auto	1	2	3	4	5

Anexo 3. Inventario de propósito de vida.

		1	2	3	4	5	6	7
1	Generalmente estoy	Totalmente aburrido/a						Entusiasmado/a
2	La vida me parece	Completamente Rutinaria						Siempre emocionante
3	Para mi vida	No tengo ninguna meta fija						Tengo metas bien definidas
4	Mi existencia personal	No tiene Significado						Tiene mucho significado
5	Cada día es	Exactamente idéntico al día anterior						Constantemente nuevo
6	Si pudiera escoger preferiría	No haber nacido						Vivir mil veces una vida idéntica a esta
7	Después de jubilarme, me gustaría	Vaguear el resto de mi vida						Hacer algunas cosas que me han interesado
8	En alcanzar las metas de mi vida	No he progresado en nada						He progresado como para estar completamente satisfecho
9	Mi vida está	Vacía, Desesperada						Llena de cosas buenas y excitantes
10	Si muriera hoy, consideraría que mi vida	No valió la pena para nada						Valió la pena
11	Al pensar en mi vida	Me pregunto a menudo por qué Existo						Siempre veo una razón por la que estoy aquí
12	Al considerar el mundo en relación con mi vida, el mundo	Me confunde totalmente						Tiene significado para mi vida
13	Yo Soy	Poco responsable						Muy responsable

14	En cuanto a la libertad del ser humano para tomar sus propias decisiones, creo que el ser humano es	Completamente limitado por su herencia y ambiente						Totalmente libre para elegir

		1	2	3	4	5	6	7
15	En cuanto a la muerte	No estoy preparado/a y tengo miedo						Estoy preparado/a y no tengo miedo
16	En cuanto al suicidio	He pensado seriamente que es una salida						Nunca he pensado en ello
17	Considero que mi capacidad para	Es nula						Es muy grande
	encontrar placer o propósito en la vida							
18	Mi vida está	Fuera de mis manos y controlada por factores externos						En mis manos y bajo mi control
19	Enfrentarme con mis tareas diarias es	Una experiencia aburrida y penosa						Una fuente de placer y satisfacción
20	Al pensar en mi vida	No he descubierto ningún propósito o sentido en mi vida						Tengo metas muy bien delimitadas y un sentido de la vida que me satisface

Anexo 4. Sistematización de la búsqueda bibliográfica para actualizar el estado de arte sobre los tres constructos de interés, Centralidad del Evento, Autotrascendencia y Porpósito de Vida

La búsqueda bibliográfica fue establecida en un periodo temporal comprendido entre 2011 y junio de 2021

Bases de datos especializadas	**Ecuaciones de búsqueda ingresadas en las bases de datos especializadas**	
Web of Science (Clarivate)	#1	(TS = ("Centrality of the event*" OR “Centralidad del evento”))
	#2	(TS = (“self-trascendence” OR “*trascendence” OR “Autotrascendencia” OR “Espiritualidad”)
	#3	(TS = (“Purporse of Life" OR "Propósito de Vida" OR " Propósito en la Vida")
	#4	(TS = (“oncology patient*” OR "patients*” OR “cancer patient*” OR “cancer*”))
	#5	(SILOID==("WOS"))
	Secuencia de búsqueda	**#7:** #2 OR #3 **#8:** #1 OR #7 **#9:** ((#8 AND #4) AND #5)
Scopus	1	TITLE-ABS-KEY ("Centrality of the event*" OR “Centralidad del evento”)
	2	TITLE-ABS-KEY (“self-trascendence” OR “*trascendence” OR “Autotrascendencia” OR “Espiritualidad”)
	3	TITLE-ABS-KEY (“Purporse of Life" OR "Propósito de Vida" OR " Propósito en la Vida")
	4	TITLE-ABS-KEY (“oncology patient*” OR "patients*” OR “cancer patient*” OR “cancer*”)
	Secuencia de búsqueda	**#6:** #2 OR #3 **#7:** ((#1 OR #6**)** **#8:** #2 OR #3 OR #4
PsycInfo	#1	(MM("Centrality of the event*" OR “Centralidad del evento”)
	#2	(MM (“self-trascendence” OR “*trascendence” OR “Autotrascendencia” OR “Espiritualidad”))
	#3	(MM(“Purporse of Life" OR "Propósito de Vida" OR " Propósito en la Vida"))
	#4	(MM (“oncology patient*” OR "patients*” OR “cancer patient*” OR “cancer*”)
	Secuencia de búsqueda	**#5:** #2 OR #3 **#6:** ((#1 OR #5) **#7:** ((#6 AND #4**)**