



Universidad Católica del Uruguay
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Doctorado en Psicología

Tesis doctoral

Crecimiento postraumático, sintomatología postraumática y
estrategias de afrontamiento en población universitaria uruguaya

Autor: Leticia Daguerre

Directora: Dra. Lilián R. Daset

Montevideo, diciembre de 2023

Agradecimientos

Esta tesis representa el fruto de seis años de arduo trabajo, caracterizado por momentos que oscilaron entre entusiasmo, frustración y desafío. En ocasiones este proceso se sintió como la travesía de un pequeño barco surcando el medio del océano, pero gracias al apoyo de muchas personas es que se llegó a tierra firme.

En primer lugar, quisiera agradecer a mi tutora, la Dra. Lilián Daset por acompañarme durante todos estos años de dedicación. También agradezco a las Dras. Ma. Luisa Blanco y Cecilia Cracco, mis revisoras, cuyas retroalimentaciones, comentarios, reflexiones y disposición, tanto real como emocional, han sido fundamentales durante todo este proceso.

Esta tesis no hubiera sido posible sin el invaluable apoyo de mi colega, compañero y amigo Dr. Alejandro Anselmi, quien ha sido mi principal brújula y el más firme mástil a lo largo de esta travesía, brindándome ayuda tanto en las cuestiones más concretas como en las reflexiones más profundas.

Quisiera agradecer a todos mis compañeros del Departamento de Psicología: Dra. Ma. Eugenia Fernández, Mag. Milagros Fernández, Mag. Lorena Estefanell, Dra. Ana Machado, Dra. Ma. Del Mar Montoya, Dra. Mayda Portela y Dra. Cecilia Samamé, gracias por sus palabras de aliento y disposición constante.

Asimismo, quiero agradecer a Mara González por impulsarme a comenzar el Doctorado, y a mis compañeros de generación quienes hicieron que las cursadas hayan sido particularmente motivadoras.

A mis amigas y colegas Tania Palacio y Denise Del Arca por los momentos de catarsis y por el impulso cuando las fuerzas flaqueaban.

A todos los estudiantes universitarios que se mostraron interesados en participar en la investigación completando los cuestionarios propuestos.

Asimismo, quisiera agradecer a los compañeros docentes que me han apoyado de una u otra forma: Dra. Marcela Carballo, Dr. Daniel Costa, Mag. Cecilia Rius.

Este viaje, como tantos otros, no hubiera sido posible sin la presencia, el sostén y el aliento de mis padres cuando mi confianza flaqueaba.

Finalmente quiero agradecer a “Pipi” por todo el tiempo de juegos y actividades que le resté para dedicarme a escribir esta tesis. Tu mera existencia resignifica todo, incluso los logros académicos.

Resumen

El concepto de crecimiento postraumático (CPT), acuñado por Calhoun y Tedeschi (1996) representa una perspectiva que desafía la noción convencional de que los eventos traumáticos solo generan efectos negativos. Este enfoque sugiere que, junto con el sufrimiento, algunas personas experimentan cambios positivos significativos después de enfrentar experiencias traumáticas. El objetivo de esta tesis fue estudiar el rol predictivo de la sintomatología postraumática, las estrategias de afrontamiento, el sexo y el tipo de evento traumático en el desarrollo de CPT. Se realizó un estudio transversal, correlacional y explicativo con una muestra de 359 universitarios uruguayos. Se estudiaron las propiedades psicométricas del Postraumatic Growth Inventory (PTGI) y del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) llegando a buenas soluciones factoriales para su utilización en contexto universitario uruguayo. Además de los análisis estadísticos habituales para este tipo de estudio, se realizaron análisis de regresiones múltiples jerárquicas para estudiar la predicción de las variables.

Los resultados permiten apreciar que las mujeres presentan mayor sintomatología postraumática y crecimiento postraumático en relación a los hombres. Asimismo, se concluye que la presencia de sintomatología, así como que el tipo de evento traumático sea no intencional y que se utilice la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva predeciría el desarrollo de CPT.

Palabras claves: crecimiento postraumático; sintomatología postraumática; estrategias de afrontamiento

Abstract

Posttraumatic growth (PTG), coined by Calhoun and Tedeschi (1996), represents a perspective that challenges the conventional notion that traumatic events only generate negative effects. This approach suggests that, alongside suffering, some individuals undergo significant positive changes after facing traumatic experiences. The aim of this dissertation was to study the predictive role of posttraumatic symptoms, coping strategies, gender, and type of traumatic event in the development of PTG. A cross-sectional, correlational, and explanatory study was conducted with a sample of 359 Uruguayan university students. The psychometric properties of the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) and the Stress Coping Questionnaire (SCQ) were examined, yielding robust factorial solutions that support their use with Uruguayan university students. In addition to basic correlation and comparative analyses, hierarchical multiple regression analyses were performed to explore how each variable predicted PTG. The results highlight that women exhibit greater posttraumatic symptomatology and posttraumatic growth compared to men. Furthermore, the results point to the fact that having faced a non-intentional traumatic event, having experienced post traumatic symptoms and tending to use positive re evaluation as a coping strategy are strong predictors of PTG.

Keywords: posttraumatic growth; posttraumatic symptomatology; coping strategies

Tabla de contenidos

Introducción	10
Primera parte: Marco conceptual	13
Capítulo 1: Trauma psicológico	14
¿Qué entendemos por trauma psicológico?	14
Recorrido histórico del diagnóstico de problemas vinculados a trauma psicológico .	16
Trastorno de estrés postraumático y sintomatología postraumática	18
Capítulo 2: Del trauma psicológico al crecimiento postraumático	23
Antecedentes y definición.....	23
Conceptos afines	24
Modelos explicativos del Crecimiento Postraumático.....	26
Modelo de procesamiento cognitivo y afectivo de Joseph y Linley (2004, 2008)..	26
Modelo de “doble cara” de Zoellner y Maercker (2006)	28
Modelo integrativo de Tedeschi y Calhoun (1995, 2004, 2018).....	29
Dimensiones y evaluación del Crecimiento Postraumático.....	33
Crecimiento postraumático y sintomatología postraumática.....	38
Crecimiento postraumático y variables sociodemográficas.....	40
Crecimiento postraumático y tipos de eventos traumáticos.....	41
Capítulo 3: Crecimiento postraumático y estrategias de afrontamiento	43
Afrontamiento al estrés	43
Estrategias de afrontamiento y su relación con el crecimiento postraumático.	50
Estrategias enfocadas en el problema.....	50
Estrategias centradas en la emoción.....	51
Religiosidad.....	52
Segunda parte: Marco metodológico	55
Capítulo 4: Método	56
Preguntas de investigación.....	57
Objetivo general.....	57
Objetivos específicos	57
Hipótesis.....	58
Diseño de la investigación	58
Participantes.....	58
Instrumentos.....	59

Cuestionario de experiencias traumáticas (TQ)	60
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).....	61
Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI)	61
Procedimiento general y consideraciones éticas.....	62
Análisis de datos	62
Capítulo 5: Resultados	67
Resultados descriptivos.....	67
Experiencias traumáticas reportadas	67
Resultados de sintomatología postraumática, estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático.	72
Análisis psicométricos de los instrumentos	73
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).....	73
Inventario de Crecimiento Postraumático	80
Relación y comparación entre las variables estudiadas	85
Análisis de diferencias de medias	86
Correlaciones entre las variables estudiadas	87
Análisis de variables predictoras del Crecimiento Postraumático.....	93
Análisis de regresión lineal múltiple jerárquica.....	93
Capítulo 6: Discusión de los Resultados	98
Discusión de los resultados de los análisis psicométricos	98
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés	98
Inventario de Crecimiento Postraumático	102
Análisis de las características de la muestra y relación entre las variables estudiadas	104
Análisis predictivo del crecimiento postraumático.....	110
Principales aportes y limitaciones.....	112
Futuras investigaciones.....	114
Conclusiones.....	116
Referencias	119
Apéndices.....	143
Apéndice A.	144

Lista de Tablas

Tabla 1 Soluciones factoriales e índices de ajuste del PTGI reportadas en versiones en español.....	37
Tabla 2 Descripción de los participantes de acuerdo al sexo (N=359)	47
Tabla 3 Subescalas, ítems y confiabilidad en los estudios del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)	59
Tabla 4 Síntesis de los principales índices considerados para evaluar la bondad de ajuste del modelo	64
Tabla 5 Porcentajes de tipos de eventos reportados (N=359)	68
Tabla 6 Porcentaje de eventos traumáticos reportados diferenciados por sexo.....	72
Tabla 7 Descripción de las variables según sexo (N = 359).....	74
Tabla 8 Medias, Desvíos, Asimetría, Curtosis y Correlación ítem-test corregida del Cuestionario de Afrontamiento al estrés (N=359).....	76
Tabla 9 Índices de fiabilidad de cada escala del CAE y en caso de eliminarse el ítem.	78
Tabla 10 Cargas factoriales estandarizadas de los ítems del Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CAE)	79
Tabla 11 Correlaciones bivariadas entre factores del Cuestionario CAE.....	80
Tabla 12 Estadísticas de Fiabilidad del cuestionario CAE reducido a 5 ítems por subescala.....	81
Tabla 13 Medias, Desvíos, Asimetría, Curtosis y Correlación ítem-test corregida del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) (N=330)	82
Tabla 14 Índices de Ajuste de los diferentes modelos de PTGI.....	83
Tabla 15 Cargas factoriales estandarizadas de los ítems del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI).....	83
Tabla 16 Correlaciones entre factores del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI).....	84
Tabla 17 Pruebas de normalidad de las variables estudiadas	85
Tabla 18 Diferencia de medias en sintomatología postraumática, crecimiento postraumático y estrategias de afrontamiento según sexo.....	86
Tabla 19 Diferencia de medias en sintomatología postraumática y crecimiento postraumático en relación al tipo de evento indicado como más perturbador.....	87

Tabla 20 Correlaciones entre factores y total de Crecimiento Postraumático, sintomatología postraumática y subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, muestra total (n=359).....	89
Tabla 21 Correlaciones entre factores y total de Crecimiento Postraumático, sintomatología postraumática y subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, submuestra femenina (n=194)	91
Tabla 22 Correlaciones entre factores y total de Crecimiento Postraumático, sintomatología postraumática y subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, submuestra masculina (n=133)	92
Tabla 23 Regresión lineal múltiple jerárquica: predicción del crecimiento postraumático mediante el sexo, el tipo de evento, la sintomatología postraumática y las estrategias de afrontamiento	95

Lista de figuras

Figura 1 Criterios y síntomas de TEPT de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013)	19
Figura 2 Representación de las posibles respuestas ante un evento adverso	25
Figura 3 Modelo de valoración organísmica de crecimiento a través de la adversidad de Joseph y Linley (2008)	27
Figura 4 Modelo de dos caras del CPT.	28
Figura 5 Modelo explicativo de Crecimiento Postraumático	30
Figura 6 Dimensiones del primer modelo de CPT	34
Figura 7 Modelo dimensional final de CPT	35
Figura 8 Esquema de las estrategias de afrontamiento y ejemplos del contenido de los ítems que conforman el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003).	46
Figura 9 Síntesis del tipo de correlación hallada entre las estrategias de afrontamiento y el CPT en las investigaciones relevadas.	53
Figura 10 Instrumentos utilizados	60
Figura 11 Cantidad porcentual de eventos traumáticos reportados (N=359)	69
Figura 12 Porcentajes de tipo de evento intencional indicado como más perturbador en la actualidad (n=164)	70
Figura 13 Porcentajes de tipo de evento no intencional indicados como más perturbador en la actualidad (n=187)	71

Introducción

Al decir de Echeburúa (2005) un suceso traumático es “un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable” (p. 29). De acuerdo a la OMS, en su Encuesta de Salud Mental (WMHS) la exposición a eventos eventualmente traumáticos es elevada, alrededor de un 70% de los encuestados afirmaron haber experimentado al menos un evento traumático, con un promedio de tres eventos por persona a lo largo de su vida (Kessler et al., 2017). Los eventos más comunes incluyen presenciar violencia o muerte, la inesperada pérdida de un ser querido, ser víctima de asalto o violencia, estar involucrado en un grave accidente automovilístico o enfrentar una enfermedad o lesión que pusiera en riesgo su vida (Benjet et al., 2016). Además, de acuerdo con los hallazgos de Goldstein et al. (2016), los eventos potencialmente traumáticos más reportados son el abuso sexual, presenciar la muerte de una persona o partes de un cadáver, la violencia en relaciones de pareja y el diagnóstico de una enfermedad grave o lesión. Si bien en el Uruguay no existe una encuesta específica sobre eventos traumáticos, se puede destacar la alta exposición a siniestralidad de tránsito (UNASEV, 2022), así como episodios de violencia delincuenciales (hurto, rapiñas y agresión) (Ministerio del Interior de Uruguay, 2023), y reportes de exposición a agresiones sexuales (Musto, 2022).

Los aportes teóricos han mostrado que luego de un evento adverso como los mencionados anteriormente, el individuo puede reaccionar de diversas maneras. Este espectro de respuestas incluye consecuencias que van desde el desarrollo de sintomatología traumática, llegando incluso a la configuración de un diagnóstico de estrés agudo o un trastorno por estrés postraumático (TEPT) (APA, 2013), hasta poder salir indemne de ese suceso, o incluso con una reconfiguración positiva (Páez et al., 2012).

Esta posibilidad de desarrollar un aprendizaje y un cambio de los esquemas cognitivos previos, que devenga en un crecimiento positivo es lo que Tedeschi y Calhoun (2004a) han denominado crecimiento postraumático (CPT). Los autores plantean un modelo de procesamiento socio-cognitivo por el cual luego de un evento adverso importante, se dispara un proceso de búsqueda de sentido a dicha experiencia, que permitiría el desarrollo de lo que denominan crecimiento postraumático.

Desde el punto de vista psicológico el concepto de CPT tiene sus raíces en diferentes movimientos teóricos humanistas como el de Carl Rogers (Rogers et al., 1972),

la teoría de crisis de Caplan (1964), teorías existencialistas (Frankl, 1980) y más recientemente en el modelo de Psicología positiva de Seligman (2017) entre otros. En contraposición a la visión que considera a las víctimas de un trauma como individuos solamente propensos al desarrollo de problemas psicológicos este enfoque conceptualiza a las personas como seres activos con la capacidad de superar y reconstruirse a partir de eventos traumáticos (Vera et al., 2006).

El modelo integrativo de Tedeschi y Calhoun (2004b) incluye el estrés y el afrontamiento como una amalgama entre elementos personales, ambientales, sociales y culturales, que influyen en la respuesta frente al trauma. Es así que, el CPT es un concepto multidimensional que implica el desarrollo de cambios duraderos en el estilo de vida, cambios en la autopercepción y en las relaciones interpersonales, el desarrollo de una nueva apreciación por la vida y por las nuevas posibilidades, así como cambios en la vida espiritual (Tedeschi & Calhoun, 2008). Justamente los autores plantean que por el efecto del trauma en la reconfiguración de las propias creencias y significado de la vida es que se despliegan procesos que pueden llevar tanto al TEPT como al CPT. Es relevante destacar que el proceso de crecimiento no excluye la posibilidad de experimentar malestar o sufrimiento ya que, en muchas ocasiones, estos elementos coexisten de manera simultánea (Vera et al., 2006), e incluso Tedeschi y Calhoun (2008) remarcan que la presencia de síntomas de estrés es necesaria para que se desarrolle el CPT. De todos modos, esta relación no es concluyente en las investigaciones (Dekel et al., 2011). Es así que, en algunos casos se presentan asociaciones positivas (Hall et al., 2010; Taku et al., 2008), negativas (Johnson et al., 2007; Levine et al., 2008; Solomon & Dekel, 2007) o incluso nulas (Zoellner & Maercker, 2006). Justamente estos hallazgos contrapuestos, incentivan a continuar investigando al respecto.

Por otra parte, estudios realizados con víctimas de distintos hechos traumáticos, han revelado que ciertas estrategias de afrontamiento, consideradas adaptativas, son predictoras del CPT (Carver & Connor-Smith, 2010; Lafarge et al., 2017; Prati & Pietrtoni, 2009; Schmidt et al., 2012). De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) las estrategias de afrontamiento son el conjunto de respuestas que un individuo utiliza para abordar situaciones problemáticas y reducir las tensiones generadas por ellas, incluyendo sentimientos, acciones y pensamientos. Si bien la información disponible sugiere que el afrontamiento centrado en el problema, así como la reevaluación positiva y las estrategias

religiosas, mantienen una relación positiva con el CPT (Vázquez et al., 2009), los resultados no son totalmente concluyentes.

Por otra parte, si bien la literatura científica ha documentado una tendencia más pronunciada en desarrollar CPT en las mujeres (Tedeschi et al., 2018; Shand et al., 2015; Vishnevsky et al., 2010), también se encuentran resultados contrapuestos. En los estudios de Cundiff et al. (2023), Kesnold (2019) y Khechuashvili (2016) no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación al CPT, e incluso en la investigación de Anderson et al. (2016), se observó un mayor CPT en los hombres, lo que sugiere que las diferencias de género en el CPT pueden variar según la población y el contexto cultural (Calhoun et al., 2010).

Por lo antes expuesto, queda en evidencia la relevancia del tema en la actualidad y la necesidad de mayor desarrollo en países de habla hispana y con instrumentos en castellano cuyas propiedades psicométricas estén estudiadas, ya que la investigación en la región es escasa. En este contexto, se plantea el objetivo general de estudiar el rol explicativo del sexo, las estrategias de afrontamiento y la sintomatología postraumática en el desarrollo de CPT.

Para alcanzar estos objetivos, se llevó a cabo un estudio no experimental de diseño transversal con fines descriptivos y explicativos a partir de un muestreo incidental (León & Montero, 2014) con estudiantes universitarios. El análisis de datos consistió en estudios descriptivos, de diferencias de medias, correlacionales y de regresiones, para poder dar respuesta a los objetivos planteados.

La siguiente tesis se estructura en cinco apartados. En primer término, se aborda una sección que establece los fundamentos teóricos de la investigación, partiendo de la conceptualización del trauma psicológico hasta la definición del constructo de crecimiento postraumático y los modelos explicativos. En segundo lugar, se desarrolla el apartado metodológico con las características principales del estudio realizado, donde se exponen los objetivos generales y específicos, así como los instrumentos empleados y la muestra estudiada, junto con el detalle de los análisis de datos realizados. Posteriormente se encuentran las secciones de resultados y discusión, que busca dar respuesta a las interrogantes planteadas y analizar los hallazgos encontrados, para finalizar con las conclusiones del trabajo.

Primera parte
Marco conceptual

Capítulo 1

Trauma psicológico

¿Qué entendemos por trauma psicológico?

El ser humano se ha visto expuesto a situaciones traumáticas desde el origen de la humanidad. Ya en la Grecia Clásica se encuentran en el Canto X de La Ilíada (Homero, siglo VIII AC) referencias a los efectos traumáticos de las situaciones bélicas: "...también Menelao estaba poseído de terror y no conseguía que se posara el sueño en sus párpados, temiendo que les ocurriese algún percance a los aqueos que por él habían llegado a Troya, atravesando el vasto mar, y promovido tan audaz guerra". Asimismo, se encuentran referencias en textos como La Biblia, El Talmud, Romeo y Julieta de Shakespeare donde se pueden encontrar repercusiones que tienen los eventos traumáticos sobre las personas (Croc & Croc, 2000).

Partiendo de la etimología, la palabra trauma proviene del griego y hace mención a herida. Según la definición de la Real Academia Española (RAE), se trata de "una lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo" (Real Academia Española, 2022). Es un concepto utilizado en diferentes disciplinas haciendo mención tanto a heridas físicas como psíquicas.

En línea con lo planteado anteriormente, el trauma psicológico se entiende como la reacción psicológica que se manifiesta como consecuencia de un evento altamente estresante que supera las capacidades de afrontamiento de la persona (Carvajal, 2002; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Estos acontecimientos, serían experiencias inhabituales, inesperadas o incontrolables que ponen en riesgo la integridad física o psíquica de la misma persona o en tanto testigo presencial de ese riesgo en un tercero. Todos estos eventos no forman parte del repertorio habitual de las experiencias del ser humano (Echeburúa et al., 2005), lo que les confiere el carácter de inesperado e incontrolable. Si bien hay acontecimientos vitales que resultan en grandes estresores, no configurarían un evento traumático en sí mismo (ej. Pérdida de empleo, jubilación, separaciones, estrés laboral, etc.). Para ser considerado un suceso traumático debe poner en peligro la integridad física o psicológica de la persona, quien experimenta temor o indefensión y que sobrepasa su capacidad de afrontamiento (Horwitz, 2018).

Por otra parte, de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 11ª edición (OMS, 2019), así como lo planteado por la Asociación de Psiquiatría

Americana (APA, 2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales en su 5ª edición (DSM-5) se considera un evento traumático como aquel que implica la exposición a la muerte, amenaza de muerte, amenaza seria a la integridad física o amenaza de violencia sexual.

Las estimaciones sobre la prevalencia de la exposición al trauma llevada a cabo por la Encuesta de Salud Mental de la OMS (WMHS) ha encontrado que el 70% de los encuestados manifiestan haber experimentado uno o más eventos traumáticos (Kessler et al., 2017), promediando tres eventos por persona a lo largo de la vida. Los más frecuentes incluyen ser testigo de violencia o muerte, la muerte inesperada de un ser querido, ser asaltado o violentado, estar en un accidente vehicular grave o experimentar una enfermedad o herida con riesgo de vida (Benjet et al., 2016). A su vez según los resultados de Goldstein et al. (2016) los eventos potencialmente traumáticos mayormente reportados son el abuso sexual, el ver una persona muerta o partes de un cadáver, la violencia de pareja o el ser diagnosticado de una enfermedad o herida grave.

Por otra parte, los autores Calhoun y Tedeschi (2004b) plantean una definición más abarcativa del concepto de trauma, considerándolo un evento altamente estresante que altera la vida y desafía la capacidad de integración en la misma. No sería solamente el evento lo que define en sí mismo el hecho traumático, sino el efecto que posee sobre los esquemas personales y su resignificación. Se tratan de circunstancias que desafían o invalidan importantes aspectos del individuo (Calhoun & Tedeschi, 2008). De esta manera, toman en cuenta tanto los factores objetivos (hecho perturbador) como los factores subjetivos (asimilación y afrontamiento del hecho). Al decir de estos autores, para ser considerado como tal, el evento adverso debe ser “sísmico”, es decir mover los cimientos de las creencias que la persona tiene sobre sí mismo y el mundo. Esto lo diferencia de los estresores cotidianos y de los que forman parte de los ciclos vitales. Es decir que, circunstancias como pueden ser la pérdida del empleo, o el proceso de jubilación, el divorcio, las mudanzas, entre otros eventos estresantes habituales, de acuerdo a dichos autores, estos no poseerían el impacto emocional para configurar un evento traumático.

Frente a la exposición a un hecho traumático no es fácil discernir lo que puede ser una reacción normal o esperable y lo que configura una respuesta disfuncional o anormal (Horwitz, 2018). En general en un primer momento, lo más frecuente es que la persona desarrolle una respuesta cuyo objetivo sea el de preservar la vida (Carvajal, 2002), lo cual

en muchas oportunidades puede ser la paralización o el entrar en estado de shock. A continuación, el individuo intenta recuperar su estado o condición previa al hecho, intentando adaptarse a la nueva situación, para posteriormente buscar elaborar lo sucedido (Carvajal, 2002). Según la evidencia empírica, la capacidad de control que tiene la persona sobre la situación, así como la intensidad y duración del evento; la posibilidad de predecir el hecho; la intensidad de la amenaza percibida y el grado real de riesgo y pérdida sufridas; así como el apoyo social y los mecanismos de afrontamiento de la persona van a graduar la intensidad del impacto psicológico que el evento adverso imprima en el individuo (Tedeschi et al., 2018).

Ha quedado documentado que el experimentar un evento adverso potencialmente traumático incrementa el riesgo de experimentar eventos adicionales (Benjet et al., 2016). De acuerdo a la encuesta World Mental Health Survey (WMHS) realizada por la OMS (Kessler et al., 2017) se encuentran diferencias en los tipos de eventos mayormente reportados por hombres y mujeres. En el caso de los hombres eventos como violencia física y heridas no intencionales, y en el caso de las mujeres principalmente violencia sexual, violencia de pareja y la muerte inesperada de un ser querido (Kessler et al., 2017).

Recorrido histórico del diagnóstico de problemas vinculados a trauma psicológico

A lo largo de la historia se han estudiado los eventos traumáticos y la sintomatología asociada desde diferentes enfoques y caracterizaciones. Con la Revolución Industrial y vinculado a escenarios no bélicos, Oppenheim en 1884 (Carvajal, 2002) plantea el concepto de “neurosis traumática”, también llamados *Railway Spine* o *railway brain* haciendo referencia a los síntomas emocionales ocasionados por lesiones físicas ocurridas por daños en la médula espinal o en el cerebro como producto de accidentes ferroviarios o vinculados al trabajo o maquinaria, independientemente de campos de batalla (Carvajal, 2002).

Otro hito en el desarrollo del estudio del trauma se encuentran los intentos explicativos de lo que acontecía con los soldados a raíz de los conflictos bélicos a los que se exponían. Es así, por ejemplo, que en las guerras napoleónicas (Croq & Croq, 2000) se hacía mención al síndrome *vent du boulet* (*viento de bala*) que experimentaban los soldados en el campo de batalla frente al terror del sonido y viento que producía el pasaje de la bomba de cañón, aún sin tener un daño físico por el mismo. En el trabajo con pacientes afectados por las consecuencias de la Revolución Francesa, Pinel (1798 en Croq

& Croq, 2000) se aproxima a una descripción de lo que serían las “neurosis de guerra”, en su momento denominándolas “neurosis cardiorrespiratorias” o “idiotismo” haciendo mención a un estado de estupor postraumático. En 1870 Meyers, incorporó el término *Soldier's heart* para hacer referencia al trastorno por el que los soldados sufrían extrema fatiga, palpitaciones, sudoración, disnea entre otros síntomas (Lasiuk & Hegadoren, 2016).

Tras los aportes de Charcot, Janet y Freud a fines del siglo XIX, es que se puso el acento en describir cuadros psicopatológicos, principalmente la histeria, cuya explicación remontaban a un origen traumático. Si bien en un primer momento Freud afirmó que lo que se encontraba en la base de la histeria eran experiencias sexuales prematuras, posteriormente abandonó esta teoría, atribuyendo que en realidad en el origen se encontraban fantasías y deseos infantiles y no específicamente una experiencia traumática real (Cazabat, 2002).

Recién en la Primera Guerra Mundial surge la primera mención a *shell shock*, haciendo mención a los efectos de pérdida de memoria, visión, gusto y olfato que presentaban algunos combatientes (Andreasen, 2010). Si bien en un primer momento se consideraba que el efecto era producto de una lesión orgánica, posteriormente se los vinculó a la experiencia directa del combate. En los estudios de Kardiner (Croq & Croq, 2000) con veteranos de la primera guerra mundial detectó que el trauma del combate no solo genera heridas orgánicas, sino que produce heridas psicológicas. En particular identificó que los soldados mantenían estados de hipervigilancia e hipersensibilidad frente a ciertos estímulos incluso estando fuera de combate (Croq & Croq, 2000). Posteriormente a la Segunda Guerra Mundial y La Guerra de Corea, comenzó a utilizarse los términos de *Traumatic war neurosis*, *combat fatigue*, *battle stress*, hasta llegar finalmente al primer constructo diagnóstico de reacción a gran estrés (*gross stress reaction*). Esta categoría diagnóstica apareció en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I, APA, 1952), refiriendo a personas que habían sido expuestas a situaciones de estrés intolerable y que presentaban síntomas de ansiedad intensa, flashbacks, sensibilidad ante determinados estímulos, entre otros (Andreasen, 2010).

Trastorno de estrés postraumático y sintomatología postraumática

Si bien en el DSM II (APA, 1968) se quitó la clasificación de reacción a gran estrés, en la siguiente edición del DSM III (APA, 1980) publicada tras observarse los efectos sobre la población americana que tuvo la guerra de Vietnam, vuelve a incorporarse ahora con el término de “trastorno de estrés postraumático” (TEPT) (Kleber, 2019). Es probable que la incidencia de las corrientes política-sociales vinculadas principalmente al movimiento feminista y a los veteranos de guerra, influyeran en la inclusión del TEPT en el DMS-III (Friedman et al., 2014). Uno de los elementos más distintivos de este primer diagnóstico es que hacía mención a que se podía presentar en el caso de que “la persona ha experimentado un evento que se encuentra por fuera de las experiencias humanas habituales y que resulta particularmente estresante para casi todas las personas” (Wastell, 2005, p. 250). En el DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (2000) además del TEPT, se formalizó el diagnóstico de trastorno de estrés agudo (TEA). Este diagnóstico permitió solucionar la brecha temporal existente entre la ocurrencia del evento traumático y la aparición de síntomas, que para el caso del TEPT debía producirse a partir del mes de ocurrida la situación traumática, y para el TEA se consideraba a partir del mismo momento del hecho traumático (Friedman et al., 2014).

Con la clasificación que presenta APA en el DSM-5 (2013) se introducen nuevos cambios en estos diagnósticos. En la Figura 1 se compendian los criterios y síntomas asociados para el diagnóstico de TEPT.

A diferencia de la edición anterior (DSM-IV-TR, APA, 2000), se quitan de la sección de trastornos de ansiedad y se define una sección específica de trastornos relacionados a trauma y factores de estrés. Dentro de ella se encuentran para la población adulta: el trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación, y trastorno no especificado. Al decir de O'Donnell et al. (2014) el DSM 5 (APA, 2014) incorpora un enfoque más clínico ampliando el criterio de los síntomas a considerar, para permitir de esa manera una postura más comprehensiva de la respuesta al trauma. Algunos de los cambios incluyen la eliminación del criterio de “A2. respuesta subjetiva al evento traumático”, la separación de la evitación activa y pasiva (criterio C), y la creación de un nuevo apartado (Criterio D) que incluye alteraciones negativas cognitivas y en el estado de ánimo cognitivas (O'Donnell et al., 2014). El principal objetivo para las modificaciones radicó en minimizar el solapamiento con otros constructos diagnósticos y poner el énfasis en aquellos síntomas propios del TEPT.

Asimismo, se pasa de tres grupos sintomatológicos a cuatro. Dentro de ellos se describen: i) la reexperimentación del evento (ya sea en sueños, pensamientos o flashbacks), ii) evitación de los elementos o situaciones que recuerden el trauma, iii) hiperactivación emocional y iv) cogniciones y estado de ánimo negativos (Friedman et al., 2014).

Figura 1

Criterios y síntomas de TEPT de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013)

Criterios	Síntomas
Criterio A – Exposición a evento traumático	<p>Amenaza de muerte o peligro grave para la integridad física propia o de los demás.</p> <p>Presenciar la muerte, amenaza de muerte o la lesión grave de otra persona en circunstancias violentas o accidentales.</p> <p>Estar expuesto a detalles explícitos de eventos traumáticos como parte de su trabajo.</p> <p>Conocer que un evento traumático ha ocurrido a un ser querido (por ejemplo, muerte violenta de un familiar cercano).</p>
Criterio B – Re-experimentación	<p>Recuerdos angustiantes, sueños recurrentes, la persona “revive” el suceso como si estuviera ocurriendo en el presente, reacciones fisiológicas intensas frente a factores que se asocian al evento.</p>
Criterio C – Evitación persistente	<p>Evitación de estímulos asociados al hecho traumático: pensamientos, sentimientos, personas, lugares, actividades, etc.</p>
Criterio D – Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo	<p>Incapacidad de recordar ciertos aspectos, creencias negativas sobre uno mismo y el mundo, sentimiento de desapego hacia los demás, estado de ánimo disminuido, desinterés por actividades, incapacidad de vivenciar sentimientos positivos.</p>
Criterio E - Hiperreactividad	<p>Alteración de la alerta y la reactividad, dificultades en la concentración, comportamiento irritable, imprudente, autodestructivo.</p>

A su vez, en la onceava clasificación de la OMS (2019) se incluye el TEPT dentro de los trastornos específicamente asociados con el estrés y particularmente define al TEPT como aquel trastorno que se desarrolla luego de ser expuesto “a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles” (OMS, 2019). Coincide con la

clasificación del DSM-5 (APA, 2014) en la consideración de los siguientes síntomas: re-experimentación, evitación e hipervigilancia.

Por lo mencionado anteriormente queda en evidencia que una persona puede estar expuesta a un evento traumático de cuatro maneras diferentes: al experimentarlo directamente, al presenciar el evento, al enterarse de que el evento (violento o accidental) le ocurrió a un familiar o amigo cercano o al experimentar una exposición repetida a detalles aversivos del evento (APA, 2014).

Visto que la evidencia sugiere que el tipo de trauma puede afectar el desarrollo de sintomatología postraumática (Kilpatrick et al., 2013), algunos investigadores han empleado categorías amplias para clasificar los diversos tipos de eventos traumáticos, como “interpersonales” o intencionales, y “no interpersonales” o accidentales. El trauma interpersonal o intencional se define como eventos de violencia llevados a cabo por otro ser humano en forma individual o grupal (esto incluye desde el abuso y maltrato intrafamiliar, hasta agresiones por desconocidos) (Krug et al., 2002). Por otra parte, los eventos no intencionales o accidentales incluyen desastres naturales, pérdidas repentinas, accidentes graves, etc. Investigaciones previas han hallado diferencias en la gravedad de los síntomas postraumáticos en personas que experimentaron traumas interpersonales en comparación con traumas no intencionales (Chung & Breslau, 2008; Forbes et al., 2014; Huang et al., 2017; Kilpatrick et al., 2013).

Con respecto a la prevalencia de sintomatología postraumática, en el estudio de Thomas et al. (2021) se encontró, en concordancia con las anteriores investigaciones mencionadas, que la probabilidad de sufrir TEPT aumentaba en tanto los eventos traumáticos implicaban algún tipo de violencia interpersonal. Asimismo, el riesgo de sufrir TEPT aumentaba al acumularse diversos eventos traumáticos a lo largo de la vida.

En línea con lo mencionado, de acuerdo a la WMHS, 6 de cada 100 personas desarrollarán TEPT en algún momento de sus vidas (Kessler et al., 2017). Específicamente, se espera que el 8% de las mujeres desarrollen TEPT, comparado con el 4% de los hombres. Es amplia la literatura donde se observa una mayor prevalencia de sintomatología postraumática en mujeres que en hombres como refieren en las investigaciones de Shand et al. (2015), Rzeszutek et al. (2016) y Kesnold (2019). Mendoza et al. (2017) resaltan el hecho de que estas diferencias de padecimiento de TEPT con respecto al sexo se encuentran presentes en varios países tanto en occidente como en oriente. A este fenómeno los autores le atribuyen la explicación de que los hombres suelen

internalizar la expresión de las emociones y de los pensamientos negativos tras el evento traumático, mientras que las mujeres tienden a comunicar más sus sentimientos de culpabilidad frente al hecho. Por otra parte, como plantea Benjet et al. (2016) la historia previa de violencia física y sexual se vincula con una mayor susceptibilidad a sufrir eventos traumáticos y sintomatología postraumática posteriores. Esto se relacionaría con la mayor exposición de las mujeres a determinados tipos de eventos traumáticos (abuso infantil, abuso sexual, violencia de pareja) y por ende a un incremento en la probabilidad de sufrir TEPT en comparación con los hombres (Goldstein et al., 2016).

Por otra parte, se encuentran variaciones en la prevalencia del TEPT de acuerdo al estatus socio-económico del país de referencia. Así, los países de mayores ingresos reportan una prevalencia de 6.9%, los países de medianos ingresos un 3.9%, y a aquellos de bajos ingresos 3.0% (Friedman et al., 2021). Estas diferencias pueden deberse tanto a factores culturales y socio-económicos, así como a un sub-diagnóstico o insuficientes relevamientos, por lo que se puede considerar como unos estimados poco confiables. No encontramos en la actualidad datos epidemiológicos de nuestro país como para poder establecer su prevalencia local.

Asimismo, es frecuente que las personas experimenten síntomas postraumáticos incluso sin llegar a cumplir todos los criterios completos para diagnosticar TEPT (Brancu et al., 2016). Esto podría implicar que la prevalencia de sintomatología (sin llegar a configurar el diagnóstico) podría ser incluso mayor. Es así que, se mencionará como sintomatología postraumática (SPT) a la experiencia de síntomas emocionales negativos incluso síntomas fisiológicos durante un periodo prolongado después de experimentar un evento traumático, pero que no cumplen todos los criterios pautados por el DSM 5 (APA, 2013) (Kilpatrick et al., 2013; Thomas et al., 2021).

De igual manera, es importante consignar que, no solo el TEPT ni los trastornos relacionados al trauma de la sección del DSM-5 son las únicas posibles consecuencias psicológicas significativas del trauma. Otras condiciones como depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias pueden desarrollarse como consecuencia de la exposición al trauma entre otras (Friedman et al., 2014).

En este primer capítulo se abordó el concepto de trauma psicológico y el recorrido teórico del constructo. Quedó establecido que el trauma psicológico surge como una reacción psicológica a partir de un evento que pone en riesgo la integridad física o

psicológica de la persona desbordando su capacidad de afrontamiento, pudiendo llegar a desarrollar sintomatología postraumática e incluso TEPT.

Capítulo 2

Del trauma psicológico al crecimiento postraumático

Antecedentes y definición

A lo largo del tiempo ha existido un interés en explicar y comprender cómo las personas procesan las experiencias traumáticas y afrontan el sufrimiento. Si bien en principio se puso el foco en las consecuencias negativas y patológicas de dichas experiencias, en el último tiempo se han desarrollado modelos explicativos que plantean otras posibilidades.

No es nueva la idea de que detrás del sufrimiento y la angustia pueden surgir elementos positivos. Desde los primeros escritos hebreos y griegos hasta en las ideas budistas, hinduistas y cristianas, se ha manejado el concepto del poder potencialmente transformador que alberga el sufrimiento (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Durante el siglo XX desde la academia también se puso el acento en comprender en su totalidad la experiencia traumática, incluyendo no solo los aspectos negativos. Desde los aportes de Maslow (1954) destacando los aspectos positivos del ser humano y del comportamiento, hasta la contribución de Caplan (1964) y la teoría de crisis, pasando por los aportes de Carl Rogers con su movimiento humanista o de Viktor Frankl con las teorías existencialistas (Calhoun & Tedeschi, 2008). Más recientemente, el surgimiento de la Psicología Positiva, propuesta por Martin Seligman a fines de los años 90, sentó las bases también para el estudio de las fortalezas o potencialidades del ser humano posteriores a un evento estresante o adverso (Joseph & Linley, 2008). Pero no fue sino hasta la década de 1980 y con más fuerza en 1990 cuando se presenta interés académico sistemático, específicamente enfocado en la posibilidad de crecimiento (Tedeschi & Calhoun, 2004b).

Uno de los primeros desarrollos en el campo académico puede encontrarse en Janoff-Bulman (1989) quien puso el énfasis en los cambios que se producen en el *assumptive world* de la persona. Este autor plantea un modelo cognitivo de asimilación y acomodación de los esquemas cognitivos previos que la persona posee sobre la percepción del mundo. Posteriormente en 2004 (Janoff-Bulman, 2004) amplía su modelo, especificando tres dimensiones de crecimiento: fuerza a través del sufrimiento, preparación psicológica y reevaluación existencial. El primer elemento hace referencia al proceso de reconstrucción de los esquemas y supuestos sobre el mundo que la persona

pone en marcha y que le posibilitaría desarrollar potencialidades previamente desconocidas, y desarrollar nuevas habilidades que le permitiría encontrar nuevas posibilidades en la vida. Asimismo, el asumir la propia vulnerabilidad le permitiría al individuo encontrarse psicológicamente más preparado para adversidades futuras. Finalmente, la reevaluación existencial se daría en el entendido que posteriormente al evento la persona busca nuevos sentidos a su vida y al propio evento traumático.

En este contexto, surge el término específico de crecimiento postraumático (CPT) desarrollado por Tedeschi y Calhoun (1996). Los autores lo definen como la transformación positiva que una persona experimenta como consecuencia de enfrentar un evento amenazante (Calhoun & Tedeschi, 1999). Este concepto forma parte de un modelo de procesamiento socio-cognitivo por el cual, luego de un evento adverso importante, se dispara un proceso de búsqueda de sentido a dicha experiencia, que permitiría el desarrollo de lo que denominan crecimiento postraumático.

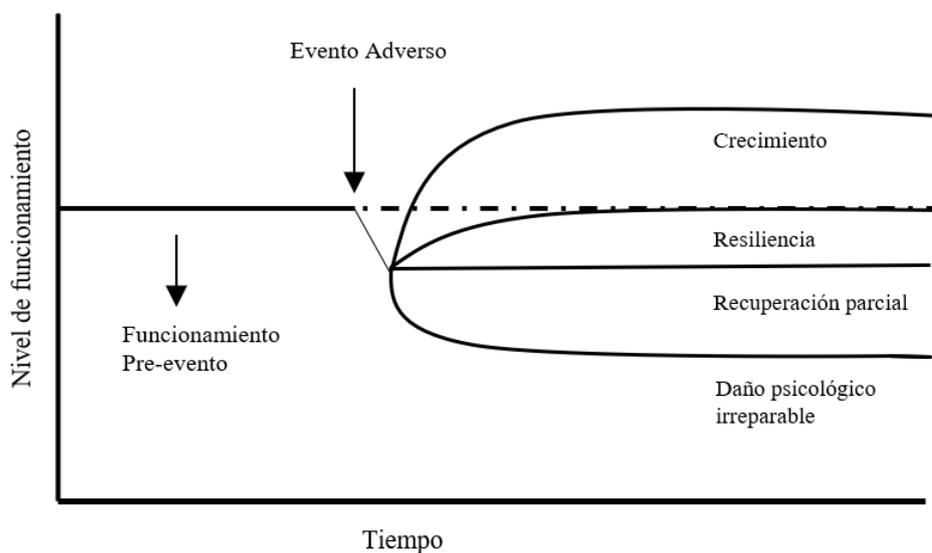
Conceptos afines

El interés en el área del crecimiento o el beneficio posterior a eventos altamente estresantes ha ido creciendo con el correr del tiempo, por lo que en la literatura se pueden encontrar los conceptos similares como *stress conversion* (Finkel, 1974, en Tedeschi et al., 2018), *positive psychological changes* (Yalom & Liberman, 1991), *stress-related growth* (Park, 1998), *flourishing* (Ryff & Singer, 1998, en Tedeschi et al., 2018). A diferencia de los términos mencionados anteriormente, los autores plantean que el CPT posee un sentido más global, ya que se produciría luego de un trauma importante (y no de estresores cotidianos), se acompañaría de cambios duraderos en el estilo de vida, implicaría el desafío de las creencias previas, por lo que, en definitiva, se trataría de un producto obtenido luego del trauma y no un proceso de acomodación al mismo (Tedeschi et al., 2018). Esta es una de las diferencias con respecto al concepto de resiliencia, que como sugiere Masten (2001), remite a un sistema de adaptación del ser humano que permite volver a la línea base previa al evento o resistirse al mismo. La resiliencia hace referencia a una capacidad relativamente estable de la persona para recuperarse y adaptarse ante los eventos estresantes y cambiantes de la vida (Fredrickson & Tugade, 2003; Páez et al., 2012) y mantener el bienestar físico y emocional frente a la adversidad (Rosenberg et al., 2015). Este concepto pondría el acento en un rasgo personal o un atributo que implicaría las habilidades de poder superar la adversidad y continuar la vida a pesar de los

eventos estresantes (Bensimon, 2012). En cambio, el CPT implica una transformación, una reconfiguración positiva (Páez et al, 2012), la posibilidad de desarrollar un aprendizaje y un cambio de los esquemas cognitivos previos (Tedeschi et al., 2018). En la Figura 2 se presenta un esquema de las posibles resoluciones frente a un evento adverso. De acuerdo a lo planteado por los autores existe la posibilidad de volver a la línea base (resiliencia), que no se recupere el nivel de funcionamiento y que se produzca un deterioro psicológico (recuperación parcial), un daño irreparable o por el contrario, una mejora en el funcionamiento de base (crecimiento).

Figura 2

Representación de las posibles respuestas ante un evento adverso



Nota. Traducido de Brooks (2018)

Asimismo, es importante distinguir el CPT de otros conceptos afines, como resistencia y el optimismo. La resistencia se vincula con la tendencia al compromiso, control y desafío en la respuesta frente a los acontecimientos vitales. Por otra parte, el optimismo se focaliza en las expectativas positivas posteriores a los eventos estresantes (Tedeschi & Calhoun, 2004b). En cambio, el CPT describe un cambio que va más allá de la capacidad de resistir, de tener buenas expectativas o de volver al estadio previo. Implica un cambio cualitativo en la forma en que las personas comprenden el mundo y a sí mismos.

Modelos explicativos del Crecimiento Postraumático

Como se mencionó en el apartado anterior, los aportes de Janoff-Bulman (1989) sentaron las bases para el modelo de Tedeschi y Calhoun (1996) pero no fue el único modelo influenciado por dicha teoría. En las últimas décadas se han desarrollado diferentes modelos explicativos del crecimiento postraumático. Además del modelo precursor de Tedeschi y Calhoun, se puede mencionar la teoría de Joseph y Linley (2004) y el modelo de Maercker y Zoellner (2006). Los dos primeros consideran al CPT como un producto generado por la lucha por la acomodación a los efectos del evento adverso. La última teoría mencionada considera al CPT principalmente como un proceso de afrontamiento. Lejos de ser contradictorios, dichos modelos teóricos explicativos proveen de una complementariedad a la hora de entender el constructo.

Modelo de procesamiento cognitivo y afectivo de Joseph y Linley (2004, 2008)

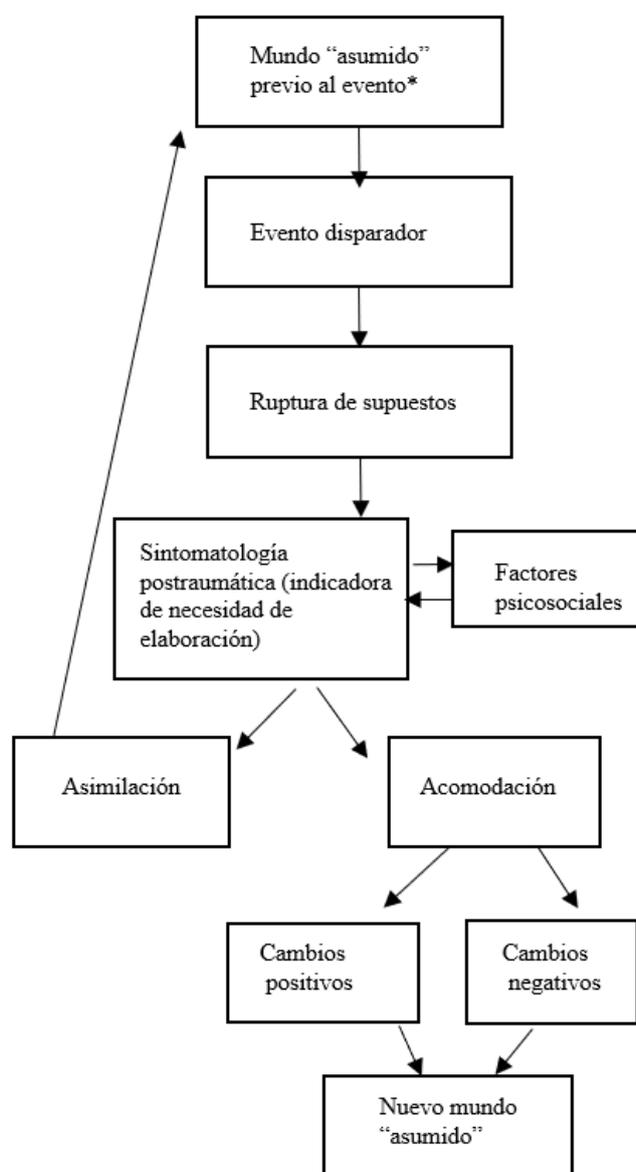
La teoría de Joseph y Linley (2004, 2008) también se sustenta en los trabajos previos de Janoff-Bulman (1989). Este modelo postula que el crecimiento ocurre a través de un procesamiento cognitivo, que resulta de la revisión y reevaluación de las creencias, así como del afrontamiento y del procesamiento emocional tanto de los afectos positivos como negativos. Como se puede observar en la Figura 3 este proceso ocurriría como una mecánica cíclica de asimilación y acomodación entre las creencias pre-existentes al evento y la nueva información obtenida como producto de la experiencia traumática. Es así como se propone un modelo integrado de búsqueda de sentido en el contexto de estrés, ya sea en un sentido global (sistema de creencias y metas) o en relación con el sentido situacional (significado de la situación específica). El modelo se basa en el hecho de que las personas poseen sistemas de creencias (sentido global) que les brindan un encuadre a partir del cual interpretar las diferentes situaciones. Al producirse un evento altamente estresante, se produce una ruptura de los supuestos previos, la persona evalúa esa situación y asigna un significado. Al tratar de disminuir la disonancia que surge entre la comprensión general y el significado atribuido (junto con la ansiedad asociada), es posible generar una nueva construcción de significados relacionados con el mundo y la propia persona (Park et al., 2010).

Los autores denominan su teoría como el modelo de valoración orgánica del crecimiento a través de la adversidad (Joseph & Linley, 2008). La misma se basa en un marco psicosocial y toma como referencia la valoración orgánica de la teoría centrada

en la persona de Rogers (Rogers et al., 1972), que plantea que las personas se encuentran intrínsecamente orientadas hacia el crecimiento. La teoría se esquematiza en la Figura 3 donde se observa la importancia de los procesos de asimilación y acomodación en la modificación de los supuestos (creencias, asunciones) sobre el mundo.

Figura 3

Modelo de valoración orgánica de crecimiento a través de la adversidad de Joseph y Linley (2008)



Nota. Traducido de Joseph y Linley (2008, 13); * = “assumptive world” en su versión en inglés.

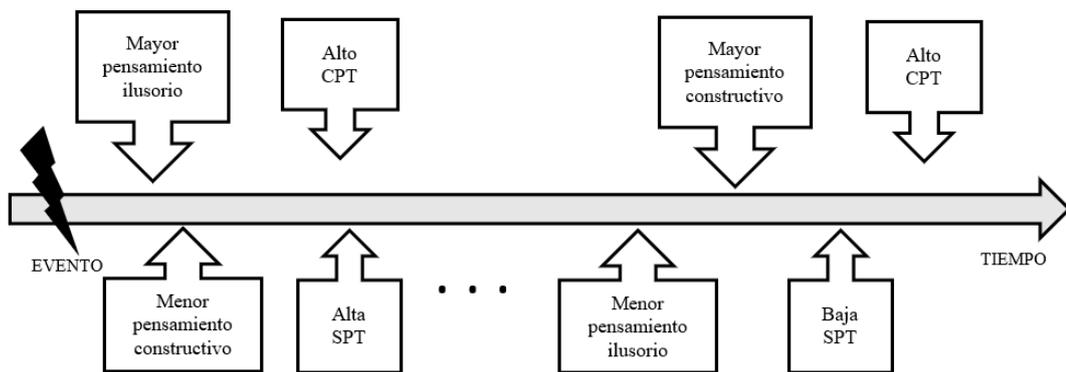
De acuerdo a la teoría de Joseph y Linley (2008) la resolución de la lucha frente a los eventos adversos puede producirse en la conjunción de dos procesos. Por un lado la asimilación, que llevaría a un regreso a la línea base, es decir a las presunciones previas al evento amenazante, sin modificaciones a pesar de la evidencia. En segundo lugar, a través de la acomodación de la nueva información vinculada al evento traumático, generando un cambio en la visión sobre el mundo. Estos cambios pueden ocurrir ya sea con una orientación negativa llevando a sintomatología postraumática o puede dirigirse hacia cambios positivos lo que llevaría a un crecimiento.

Modelo de “doble cara” de Zoellner y Maercker (2006)

Zoellner y Maercker (2006) plantean un modelo que busca explicar el vínculo entre el CPT y la sintomatología postraumática (SPT), enfocados en el interés de explicar los resultados contradictorios sobre la relación entre ambos constructos. Para ello, los autores presentan un modelo explicativo haciendo alusión a las dos caras del Dios griego Jano - *janus face model* -. Fundamentalmente plantean que el CPT tendría los dos aspectos, un primer componente más ilusorio y otro más constructivo en función del tiempo transcurrido desde el evento. Esto se puede observar esquematizado en la Figura 4.

Figura 4

Modelo de dos caras del CPT.



Nota. Adaptado de Zoellner y Maercker (2006)
 SPT= Sintomatología postraumática, CPT= Crecimiento postraumático

Como queda explicitado en la Figura 4, el crecimiento ilusorio estaría más asociado a estrategias de evitación y negación y tiende a ocurrir en un momento cercano al evento adverso. Por el contrario, el crecimiento constructivo se relacionaría con mayor compromiso cognitivo, afrontamiento activo, con modificaciones comportamentales y mejora en el bienestar. Frazier et al. (2009) estudiaron la relación entre el crecimiento percibido (ilusorio) y el crecimiento real (constructivo). En dicha investigación encontraron que el crecimiento percibido se asociaba a mayor sintomatología, en tanto el crecimiento real se relacionaba con una disminución del estrés postraumático. Esto demostraría el doble proceso que se produciría con el paso del tiempo.

En un primer momento más cercano al evento adverso el CPT oficia como una estrategia de afrontamiento y a medida que el tiempo transcurre y la persona toma mayor distancia de la situación traumática es que pueden aparecer elementos constructivos y positivos reales.

Modelo integrativo de Tedeschi y Calhoun (1995, 2004, 2018)

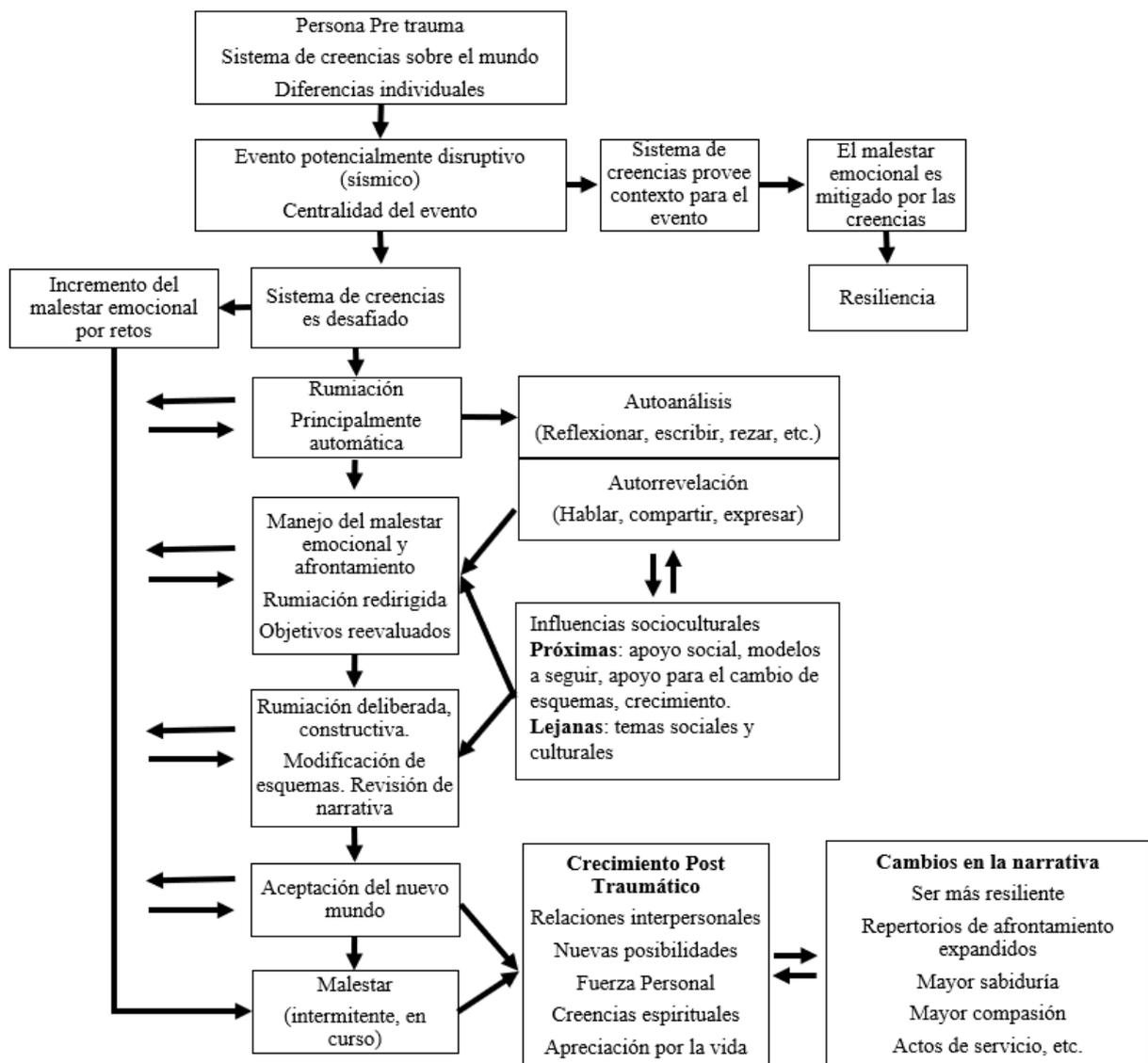
El modelo integrativo de Tedeschi y Calhoun (2004b) ampliado en 2018 (Tedeschi et al., 2018) incluye el estrés y el afrontamiento como una amalgama entre elementos personales, ambientales, sociales y culturales, que influyen en la respuesta frente al trauma. Con respecto a este último aspecto, Calhoun y Tedeschi (2013) señalan que las dinámicas culturales presentes en familias, grupos de amigos y entornos laborales pueden ejercer una influencia significativa en la forma en que las personas piensan, sienten y reaccionan frente a eventos amenazantes. Por lo que, si bien la posibilidad de desarrollar CPT sería independiente de la cultura, no es un factor excluyente. De hecho, se ha encontrado mayor reporte de CPT en población estadounidense que en población japonesa (Taku & Cann, 2014), australiana (Morris et al., 2005) y española (Steger et al., 2008). Según Steger et al. (2008) esto podría deberse a una mayor presión social para informar CPT, así como una marcada actitud hacia la autosuperación en los sobrevivientes de traumas en Estados Unidos. Por otro lado, Taku y Cann (2014) plantean que esto podría deberse a que en las culturas más individualistas la autoconfianza puede tener un impacto mayor en el desarrollo del CPT. De igual manera se han evidenciado diferencias interculturales en investigaciones con poblaciones de Colombia, Chile y España, hallando mayor reporte de CPT en los países sudamericanos (Włodarczyk et al., 2016). Calhoun et al. (2010) postulan que estas diferencias culturales podrían deberse

tanto a las reglas y normas sociales acerca del trauma y sus consecuencias, así como a la forma en la que se afronta y las creencias sobre lo que ayuda.

En la Figura 5 se puede observar un esquema del modelo teórico explicativo del CPT con los principales elementos considerados por Tedeschi y Calhoun (2004).

Figura 5

Modelo explicativo de Crecimiento Postraumático



Nota. Traducido de Tedeschi et al. (2018, p. 53)

Como ya se viene estableciendo en las páginas anteriores, y queda en evidencia en el esquema de la Figura 5, luego de un suceso traumático las creencias que la persona tiene sobre su mundo y sobre sí mismo se encuentran bajo amenaza, lo cual desafía a la

persona a resignificarlas. Como se observa en el esquema dentro de los componentes que permiten el desarrollo de CPT se encuentran las características personales pre-trauma (creencias, esquemas, valores, autoconocimiento), así como factores cognitivos como la rumiación, la intensidad de las cogniciones post-trauma, la reevaluación cognitiva, así como la duración del estresor (Tedeschi & Calhoun, 2004b). Justamente, para que se produzca esta reconstrucción del sistema de creencias necesario para el CPT, es que debe producirse un reprocesamiento cognitivo y es aquí que los autores mencionan la importancia del proceso de rumiación (Tedeschi et al., 2018).

Como se observa en la Figura 5 una primera rumiación, automática e intrusiva, conjuntamente con las conductas de autorrevelación y divulgación (a través de la palabra, la escritura, incluso el rezo) colaboraría en la disminución del estrés. Se entiende a la rumiación como el proceso cognitivo que implica pensar activamente sobre determinada circunstancia, sobre los pensamientos que elicitaba y las emociones que evoca, así como en las consecuencias que tiene para sí mismo y su futuro (Watkins, 2008). Para Tedeschi et al. (2018) esa primera rumiación intrusiva invade a la persona de forma no intencionada con pensamientos negativos y angustiosos sobre el hecho traumático o vinculados al mismo. Si bien la rumiación se asocia a síntomas de malestar y pensamientos negativos que implicarían revivir la situación traumática (García et al., 2016; Nolen-Hoeksema & Davis, 2018) también tiene como objetivo el procesar lo vivido. Esta primera rumiación se transforma luego en “un pensamiento más deliberado sobre el trauma y su impacto sobre la propia vida” (Vázquez et al., 2009, p. 34). Esto implica que esta rumiación, que ya es más reflexiva y deliberada, colaboraría en la modificación de la narrativa de la propia vida y, de esta manera, se produciría el crecimiento personal.

El proceso de rumiación pondría en funcionamiento diversas estrategias de afrontamiento para gestionar el malestar emocional y afrontar la situación. Existe un creciente corpus de investigaciones que respaldan la relación entre CPT y la rumiación deliberada (Brooks et al., 2019; Cann et al., 2010; García et al., 2015; García & Wlodarczyk, 2018; Hanley et al., 2017; Morris & Shakespeare-Finch, 2011; Nolen-Hoeksema & Davis, 2018; Rodríguez-Rey et al., 2017).

Por otra parte, la existencia de malestar emocional, así como su gestión y las estrategias de afrontamiento al mismo serían necesarios para que se produzca el CPT (Dursun et al., 2016; Werdel & Wicks, 2012). Justamente, los autores plantean que por el efecto del trauma en la reconfiguración de las propias creencias y significado de la vida

es que se despliegan procesos que pueden llevar tanto al TEPT como al CPT. Para que pueda desarrollarse el crecimiento, el evento adverso debe ser lo suficientemente desafiante como para sacudir las estructuras cognitivas previas de la persona, la narrativa de vida e incluso los autores sugieren que debe producirse un cierto monto de estrés para poder poner en marcha el reprocesamiento (Tedeschi et al., 2018). Por lo que a diferencia de lo que uno supondría el CPT y el distrés coexisten, al decir de los autores el crecimiento no es ausencia de dolor (Tedeschi & Calhoun, 1999). Esto se alinea con la perspectiva de lo planteado por Park et al. (2010) que entienden que para que ocurra un cambio positivo el sistema de creencias del individuo debe ser desafiado, pero no profundamente dañado o eliminado.

Por otra parte, el apoyo social y el mecanismo de autorrevelación aparecen como dos factores fundamentales en el modelo de Tedeschi et al. (2018). Ambos elementos permitirían por un lado aliviar el malestar inicial, potenciar el procesamiento cognitivo, ser más consciente de las emociones y los pensamientos que surgen y habilitar a la búsqueda de ayuda por parte de otros. Ante un momento de adversidad, el hecho de poder sentirse acompañado por otros reafirma el sentido de pertenencia y la posibilidad de desarrollar nuevas perspectivas sobre lo acontecido (Sörensen et al., 2019; Tedeschi et al., 2018). Asimismo, se han identificado otros mediadores en el desarrollo de CPT, como es la religión o espiritualidad, que permitirían a la persona reconstruir su sentido de vida (Shand et al., 2015).

Es así como la reconstrucción cognitiva, que implica el CPT, produce nuevos esquemas que incorpora el aprendizaje sobre los eventos pasados para permitir mayor resistencia a los potenciales eventos futuros (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Si bien el CPT involucra cambios positivos, no implica ausencia de malestar, sino que resulta del procesamiento de información tanto de forma intelectual como emocional (Tedeschi & Calhoun, 2004b). Como queda reflejado en la Figura 5, el malestar producto del evento disruptivo, sería un elemento constitutivo del CPT, por lo que en la literatura se hace mención a la presencia de CPT conjuntamente con la experimentación de emociones negativas (Vázquez et al., 2009). De cualquier manera, es esperado que los síntomas de distrés disminuyan a medida que se genera el crecimiento. Asimismo, Tedeschi et al. (2018) plantean la necesidad de que existan ciertas características pre-trauma que posibiliten el desarrollo de un cambio positivo. Dentro de ellas, ciertas características de personalidad como los rasgos de: extraversión, apertura a la

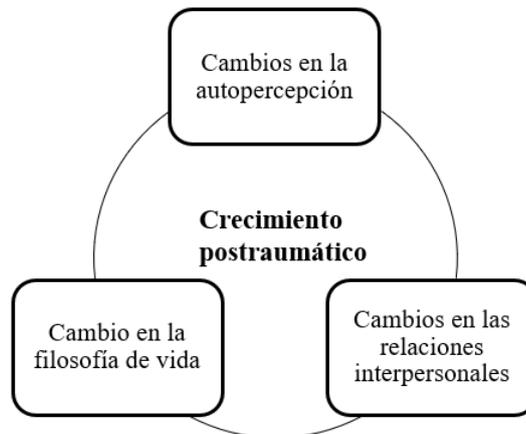
experiencia, amabilidad y responsabilidad correlacionan más fuertemente con CPT (Rzeszutek et al., 2017; Shakespeare-Finch et al., 2005), así como la presencia de creatividad y optimismo (Forgeard, 2013; Orkibi & Ram-Vlasov, 2019; Tolleson & Zeligman, 2019). A su vez, un estilo de apego seguro favorecería el desarrollo de CPT (Levi-Belz & Lev-Ari, 2019; Nelson et al., 2019). Finalmente, Tedeschi et al., (2018) plantean que un nivel de buena salud mental previo al evento aumentaría las posibilidades de un desenlace positivo.

Dimensiones y evaluación del Crecimiento Postraumático

En un primer momento, Tedeschi y Calhoun (1996) plantearon que el constructo de CPT estaría conformado por tres dimensiones o dominios (Figura 6): cambios en la autopercepción, en las relaciones interpersonales y en la filosofía de vida (García et al., 2013). La primera dimensión hace referencia al sentirse más fuerte, seguro y con confianza en las propias capacidades para hacer frente a la adversidad (Vera et al., 2006). La segunda dimensión, como su propio nombre indica, implica un cambio y fortalecimiento de las relaciones interpersonales con un aumento en el desarrollo de la compasión y empatía hacia las demás personas así como un incremento en la apreciación de los vínculos (Tedeschi & Calhoun, 2004b). Finalmente, el cambio en la filosofía de vida hace referencia al cambio en la forma en que la persona percibe el mundo, así como cambios en su escala de valores y espiritualidad (Vera et al., 2006). De esta manera se puede otorgar una mayor importancia a lo que anteriormente se consideraba irrelevante o nimio (Tedeschi & Calhoun, 2004b).

Figura 6

Dimensiones del primer modelo de CPT

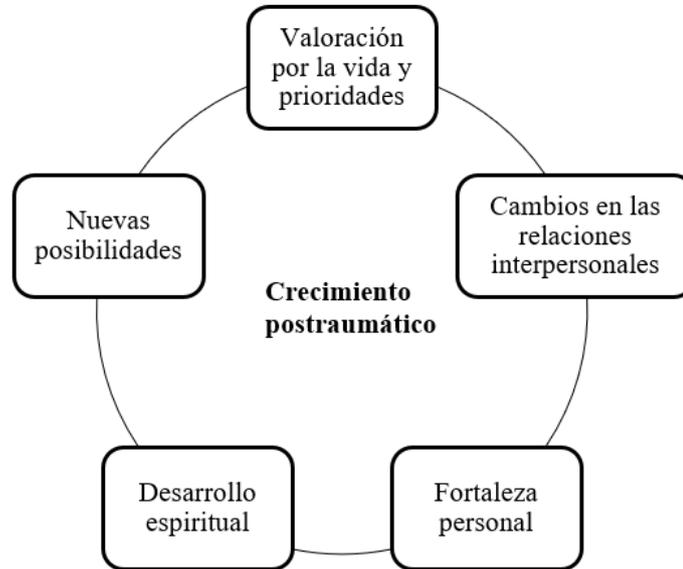


Nota. Elaboración propia a partir de Tedeschi & Calhoun (1996)

Los autores tomaron en cuenta estas dimensiones, así como lo que reflejaba la literatura del momento para desarrollar los primeros 34 ítems originales del instrumento de medición de CPT, el *Posttraumatic Growth Inventory* (-PTGI- Tedeschi & Calhoun, 1996). Al realizar los análisis factoriales fueron seleccionados 21 ítems, que se distribuían en 5 factores, o sea dimensiones constitutivas del CPT, pero a la vez con características específicas. Estas dimensiones, presentadas en la Figura 7, fueron denominadas: i) mayor aprecio por la vida y cambio en el sentido de las prioridades; ii) relaciones más cálidas e íntimas con los demás, que concierne a aceptar el apoyo de los demás y también al poder ser compasivo con el otro; iii) mayor sentido de fortaleza personal, que refiere a encontrar los recursos y potencialidades de uno mismo; iv) reconocimiento de nuevas posibilidades o caminos para la propia vida y v) desarrollo espiritual (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Figura 7

Modelo dimensional final de CPT



Nota. Elaboración propia a partir de Tedeschi y Calhoun (1996)

Al tratarse de un concepto multidimensional, los cambios y beneficios pueden producirse en todas las áreas mencionadas o en alguna de ellas. Muchas veces las personas que transitaron un evento traumático se perciben a sí mismas como sobrevivientes y reconocen una fortaleza personal de la cual no eran conscientes previamente. Este nuevo sentido de fortaleza incrementa el sentido de autoeficacia y competencia y los lleva a abordar las adversidades de una forma más asertiva (Tedeschi & Calhoun, 1996). Esta dimensión se aborda en el PTGI con preguntas como: “tengo más confianza en mí mismo” (ítem 4) o, “siento que puedo arreglármelas mejor en momentos difíciles (ítem 10).

La dimensión de “relacionamiento con otros” refleja la transformación que puede darse con los vínculos, ya sea en un cambio en la disponibilidad de tiempo para estar con las personas significativas, o en un cambio en la expresión del afecto hacia ellos (Tedeschi et al., 2018). Asimismo, el reconocimiento de la propia vulnerabilidad puede devenir en una necesidad de hablar o acercarse a otros, tal que este incremento en la expresión emocional puede permitir una mayor disponibilidad para recibir y aceptar apoyo (“Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás” – ítem 8-; “Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás” – ítem 21-). Conjuntamente con esto, se observa un aumento en la compasión, empatía y conexión con los otros

(Tedeschi & Calhoun, 2004b). Por otra parte, el área de “nuevas posibilidades” refiere al deseo de desarrollar nuevos intereses, hábitos, actividades como consecuencia del cimbronazo de la situación vivida. En muchos casos se vivencia como una nueva oportunidad para poner el foco en lo que realmente le interesa a la persona. Un ejemplo de los ítems del PTGI que apuntan a esta dimensión son: “tengo o he desarrollado nuevos intereses” (ítem 3) “Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que de no haber pasado esto no habrían sucedido” (ítem 14).

Relacionado con ello se vincula también el área de “apreciación por la vida” (ítem 1: “He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que es importante en la vida”, ítem 13: “Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día”). Esta dimensión alude a la nueva importancia que se les otorga a las pequeñas cosas, que puede ser desde encontrarse más presente en el diario vivir, así como en el disfrutar de los momentos más cotidianos o en el cambio en las prioridades que se tenían. Finalmente, el último dominio, describe los “cambios espirituales o existenciales” (ítem 5: “soy una persona más espiritual”, ítem 18: “tengo más fe religiosa”). Es frecuente que luego de un evento altamente adverso no solo se desafíen las estructuras cognitivas y supuestos sobre el mundo, sino también que se cuestione sobre el sentido de la vida y una búsqueda de explicación espiritual ante lo ocurrido (Tedeschi & Calhoun, 2004). Algunas personas apelarán a sus creencias religiosas o espirituales previas, otras se embarcarán en la búsqueda de nuevos significados, desarrollando una nueva dimensión en su vida (Tedeschi et al., 2018).

Si bien en la versión original el inventario quedó conformado por una estructura de 5 factores y algunas investigaciones replican dichas dimensiones (Brunet et al., 2010; Palmer et al., 2012) al realizar una revisión de las diferentes estructuras factoriales de las que da cuenta la literatura especializada, se hallaron diferentes resoluciones factoriales. De esta manera se han encontrado estructuras de 4 factores (Ho et al., 2004; Khechuashvili, 2016; Silva et al., 2009; Taku et al., 2008) así como soluciones factoriales de 3 dimensiones (Anderson & Lopez-Baez, 2008; Arias et al., 2017; García et al., 2013; Powell et al., 2002; Rodríguez-Rey et al., 2017), e incluso unifactoriales (Costa-Requena & Gil, 2007; Quezada-Berúmen & González-Ramírez, 2020). En la Tabla 1 se presenta un esquema de los estudios del PTGI hallados en habla hispana con las estructuras factoriales e índices de ajustes informados.

Tabla 1*Soluciones factoriales e índices de ajuste del PTGI reportadas en versiones en español*

Autores (año)	País	Muestra	Solución factorial	χ^2 (gl)	CFI/GFI	TLI	RMSEA
Arias et al. (2017)	Ecuador	450 sobrevivientes de terremoto	3 factores	817.59(370)	.93	.93	.05
Costa-Requena y Gil (2007)	España	130 pacientes con cáncer	4 factores	57.53 (43)	GFI =.92	-	.05
Esparza-Baigorri et al. (2016)	Argentina	156 pacientes cáncer de mama	5 factores originales	1.237(1.79)	.94	.92	.05
García et al. (2013)	Chile	449 personas afectadas por terremoto y tsunami	3 factores	643(182)	.96	.96	.08
Garrido-Hernansaiz et al. (2017)	España	304 personas HIV positivo	3 factores	-	.98	.97	.05
Leiva-Bianchi y Araneda (2014)	Chile	270 sobrevivientes de terremoto	3 factores	3.133	.88	-	.08
Pajón et al. (2020)	España	243 víctimas de violencia en la infancia	4 factores	151.88(84)	.92	.91	.06
Penagós et al. (2019)	México	198 sobrevivientes de terremoto	3 factores	-	-	-	-
Quezada-Berumen y González Ramírez (2020)	México	446 con diversos eventos traumáticos	Unifactorial	1.10	1.00	-	.02
Rodríguez-Rey et al. (2017)	España	143 padres de niños con hospitalización crítica	3 factores	68.09(42)	.97	.95	.05

Como se ha expuesto en este apartado, el PTGI presenta diversidad de estructuras factoriales. Esta falta de consistencia en los hallazgos podría llevar a cuestionar si realmente es un constructo que pueda subdividirse y evaluarse en varias dimensiones distintas o si por el contrario todas refieren a expresiones del mismo concepto. Por otro lado, no hay que descartar que dichas diferencias en los resultados puedan deberse a las diversas muestras empleadas, a las versiones del instrumento y a los procedimientos estadísticos utilizados, así como a factores socio-culturales.

Crecimiento postraumático y sintomatología postraumática

La evidencia sobre la asociación entre sintomatología postraumática (SPT) y CPT es mixta (Dekel et al., 2011). Se han reportado asociaciones positivas (Feingold et al., 2022; Hall et al., 2010; Jiang et al., 2022; Luo et al., 2020, Taku, et al., 2008; Yim & Kim, 2022), negativas (Johnson et al., 2007; Levine et al., 2008; Solomon & Dekel, 2007; Veronese et al., 2017) o incluso nulas (Zoellner & Maercker, 2006).

Park (1998) hipotetiza que las dificultades en encontrar una relación negativa entre CPT y SPT pueden deberse al hecho de que las personas que reportan crecimiento tienden a negar los aspectos negativos. Para algunos autores (Hobfoll et al., 2007; Taylor et al., 2000) esta inconsistencia en los resultados sugeriría cierta debilidad del constructo o incluso confirmaría lo planteado por Zoellner y Maercker (2006) sobre su carácter ilusorio, planteando que, en realidad, no habría tal crecimiento, sino un sesgo o distorsión cognitiva de mejora personal.

En relación al diagnóstico específico de TEPT, diversas investigaciones plantean que existe una relación curvilínea positiva entre dicha sintomatología y el CPT (Jin et al., 2014; Kilmer et al., 2009; Taku et al., 2008). En el meta-análisis realizado por Shakespeare-Finch y Lurie-Beck (2014) se concluyó que el TEPT y el CPT no serían dos polos opuestos, sino que, se observó que existía mayor CPT cuando se presentaban síntomas moderados de TEPT. En esta misma línea, Schubert et al. (2016) encontraron que los sobrevivientes de traumas que presentaban TEPT tendían a presentar mayor CPT que aquellos sin TEPT.

Como forma de arrojar más luz sobre dichas inconsistencias Hamby et al. (2021) proponen la adaptación del modelo dual de salud mental. El mismo plantea un continuo entre la psicopatología y el bienestar, los que no necesariamente conformarían dos polos opuestos (Antaramian et al., 2010; Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer,

2008). De acuerdo a los autores mencionados, las personas podrían experimentar tanto sintomatología psicopatológica, así como reportar ciertos índices de bienestar. En la investigación llevada a cabo por Hamby et al. (2021) estudiaron la sintomatología postraumática en combinación con el crecimiento postraumático estableciendo cuatro perfiles distintos: resiliente (baja SPT y alto CPT), desapegado (baja SPT y bajo CPT), estresado (alta SPT y bajo CPT) y prevaleciente - *prevailed* - (alta SPT y alto CPT). Los investigadores encontraron que los diferentes perfiles presentaban diferencias significativas en los indicadores de bienestar, estrategias regulatorias, búsqueda de sentido y fortalezas interpersonales. Los hallazgos plantean que los grupos con alto CPT (ya sea en el grupo prevaleciente o resiliente) se relacionan con una miríada de fortalezas y un funcionamiento positivo (Hamby et al., 2021).

Otro aspecto de la experiencia que se ha estudiado en relación al CPT es el tiempo transcurrido entre el evento y el desarrollo de CPT, no encontrando resultados concluyentes (Tedeschi et al., 2018). Hay estudios como los de Córdova et al. (2001), Evers et al. (2001) o Park (1998) en donde se evidencia el rol del paso del tiempo en el establecimiento del CPT. Su y Chen (2015) realizaron un estudio longitudinal en donde analizaron dos momentos desde la experiencia de un evento traumático. En la misma encontraron que luego de 3 semanas el 68.2% ya reportaban algún nivel de crecimiento en la dimensión de relacionamiento con otros.

Sin embargo, hay investigaciones que no encuentran esa relación y parecería que no necesariamente se mantendría estable a lo largo del tiempo (Vázquez et al., 2009), tal que existirían diferentes cursos temporales en los que puede presentarse el CPT. Los resultados inconsistentes en relación al tiempo desde el evento y el desarrollo de CPT podrían deberse ya sea a los factores individuales o a las dificultades en evaluar correctamente el rango temporal (Tedeschi et al., 2018). Asimismo, las investigaciones poseen otra dificultad y es que en la mayoría de los casos los estudios son retrospectivos y la persona reporta su percepción sobre el cambio que se produjo, por lo que no hay una línea base real objetiva de su estado previo al evento.

En relación al tiempo que debe transcurrir entre el evento y el CPT, Tedeschi y Calhoun (2004b) plantean que el mismo podría producirse en forma inmediata o bien tras un proceso de reflexión. Para los autores las variables internas y contextuales serían decisivas en la rapidez en la que pudiera ocurrir el CPT. De hecho, plantean que podría presentarse desde algunas semanas hasta uno o dos años posteriores al trauma (Tedeschi,

1999). Justamente estos hallazgos contrapuestos, incentivan a continuar investigando al respecto, siendo entonces la variable temporal una de las relevantes a considerar.

Crecimiento postraumático y variables sociodemográficas.

Se ha estudiado la manera en que las variables como el sexo, la edad y otras características personales, interpersonales y contextuales influyen en el desarrollo de CPT (Levi-Belz et al., 2020). En relación a esto, la literatura ha reportado una mayor tendencia en las mujeres a presentar CPT (Tedeschi et al., 2018). En el metaanálisis de Vishnevsky et al. (2010) la diferencia entre hombres y mujeres se encontró significativa en 70 estudios, con un tamaño del efecto entre pequeño y moderado, siendo las mujeres quienes presentan mayor CPT. Esto se ha visto confirmado en el metaanálisis de Shand et al. (2015) así como en estudios en diferentes poblaciones y eventos traumáticos (Jin et al., 2014; Powroznik et al., 2018; Prati & Pietrantonio, 2014). Sin embargo, también se encuentran estudios con resultados dispares. En el caso de los estudios de Cundiff et al. (2023), Kesnold (2019) y Khechuashvili (2016) no se hallaron diferencias significativas, en tanto en el de Anderson et al. (2016) con población japonesa, se halló mayor CPT en los hombres.

Dichas discrepancias podrían hacer pensar en la incidencia de los elementos culturales más allá del sexo reportado. Es importante consignar que los estudios analizados tienden a utilizar términos binarios e incluso utilizar el concepto de sexo y género como sinónimos. Es por ello que faltaría afinar aún más las conclusiones sobre las diferencias que pueden presentar hombres y mujeres en relación al CPT.

En cuanto a la edad, se considera que deben existir ciertas habilidades cognitivas y expresivas ya desarrolladas para poder poner en funcionamiento la resignificación y reconstrucción de creencias por lo que es poco viable que se produzca CPT en niños (Meyerson et al., 2011). Según Tedeschi y Calhoun (2004b), el CPT resulta más viable en adolescentes o adultos y dentro de estos grupos, plantean que es probable que los individuos más jóvenes estén más permeables a los cambios en sus esquemas cognitivos, así como a la posibilidad de apertura al aprendizaje (Vázquez et al., 2009).

Crecimiento postraumático y tipos de eventos traumáticos

Desde el desarrollo del constructo en 1996 ha proliferado la investigación en diferentes poblaciones y con relación a múltiples tipos de eventos. Es así que encontramos estudios realizados en víctimas de desastres naturales (Andrades et al., 2021; Dursun et al., 2016; García, 2017; García et al., 2014; Hafstad et al., 2010; Jing et al., 2018; Zhou et al., 2018), vinculado a accidentes (Abu-Raiya & Sulleiman, 2021; Anderson et al., 2016; Eiroa-Orosa et al., 2012; Lee et al., 2020; Zoellner et al., 2008) y relacionado a violencia comunitaria, terrorista y de género (Barlow & Hetzel-Riggin, 2018; García et al., 2016; Grubaugh & Resick, 2007; Páez et al., 2007; Shakespeare-Finch, & Armstrong, 2010; Strasshofer et al., 2018), guerras (Boehm-Tabib, 2016; Habib et al., 2018; Panjikidze et al., 2020), muerte de una persona cercana (Johnsen & Afgan, 2021; Martincekova & Klatt, 2017; Oginska-Bulik, 2014; Suttle et al., 2022; Yilmaz & Zara, 2015) y, más recientemente en relación a la pandemia por COVID-19 (García et al., 2022; González-Méndez & Díaz, 2021; Ikizer et al., 2021; Vázquez et al., 2021).

Incluso dentro del área de la Psicología de la Salud por ejemplo encontramos estudios de CPT en pacientes con cáncer (Bellizzi & Blank, 2006; Berkman et al., 2022; Karimzadeh et al., 2021; McDonough et al., 2013; Zhang et al., 2020), en pacientes cardíacos (Hallam & Morris, 2014; Kearns et al., 2019), pacientes quemados (Baillie et al., 2014; Hwang & Lim, 2020; Su et al., 2020), con diagnóstico de VIH (Amos, 2015; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018; Zeligman et al., 2016).

Más allá de estas poblaciones específicas, el CPT se ha estudiado ampliamente con muestra universitaria como en los estudios de Arredondo y Caparrós (2020), Barton et al. (2013), Boykin et al. (2020), Grad y Zeligman (2017), Lindstrom et al. (2013), Maldonado et al. (2014), Shakespeare-Finch y Barrington (2012), Shigemoto y Poyrazli. (2013), Shigemoto et al. (2017), Silverstein et al. (2018) por mencionar algunos. En estos estudios los individuos participantes no necesariamente habían sufrido un mismo evento traumático (como puede ser estar expuestos a un desastre natural), por el contrario, se los seleccionaba a partir de un listado de diferentes hechos adversos por lo que englobaban tanto eventos intencionales como no intencionales. Justamente en relación a este aspecto, las investigaciones han hecho énfasis en la distinción entre eventos intencionales (producto del propio ser humano) y eventos accidentales (p. ej. desastres naturales) (Kessler et al., 2017; Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010; Thomas et al., 2021).

Por su parte, Karanci et al. (2012) evaluaron los diferentes dominios del CPT en relación a distintos eventos traumáticos: accidentes, desastres naturales y duelos. Encontraron que los sobrevivientes de desastres naturales experimentaron mayor crecimiento en la dimensión de “relacionamiento con otros” y “apreciación por la vida” que aquellos transitando un duelo. No encontrándose diferencias entre eventos intencionales o no intencionales en general. Esto condice con lo reportado por Thomas et al. (2021), quienes no encontraron diferencias entre los subgrupos. Los autores plantean que es probable que surjan diferencias en el nivel de CPT entre los diferentes tipos de eventos traumáticos si cada grupo de trauma intencional o no intencional se dividiera en más subcategorías específicas.

Estos estudios difieren de lo reportado por Shakespeare-Finch y Armstrong (2010), que encontraron que los individuos que habían experimentado agresión sexual (es decir, trauma intencional), reportaban mayor crecimiento en ciertos dominios del CPT que las personas en duelo afectadas por una pérdida repentina (es decir, trauma no intencional).

Visto que los traumas se pueden categorizar de diferente forma y los resultados sobre su impacto en el desarrollo de CPT no son concluyentes, resulta interesante continuar explorando esta relación. Si bien en el modelo teórico del CPT se hace hincapié en la necesidad de que el evento adverso tenga gran impacto, no se explicita que existan diferencias en función de los distintos tipos de eventos disruptivos. Lo cual se vuelve una temática de interés para continuar investigando.

Capítulo 3

Crecimiento postraumático y estrategias de afrontamiento

Como se mencionó anteriormente los sucesos traumáticos desbordan con frecuencia la capacidad de respuesta de una persona y desafían sus posibilidades de afrontamiento. Esto se refleja en el modelo de Tedeschi et al. (2018) donde el afrontamiento en conjunto con la gestión del malestar emocional desempeñaría un rol fundamental en el desarrollo de CPT. Es por ello que en este capítulo se profundizará especialmente en la relación entre el CPT y las estrategias de afrontamiento.

De acuerdo a los diferentes autores que se refieran, Lazarus y Folkman (1984) o Carver et al. (1989) - por mencionar los clásicos - se encontrarán distintas clasificaciones de las posibles estrategias de afrontamiento. No es el propósito de este capítulo realizar un desarrollo exhaustivo del concepto de afrontamiento, que excedería el objetivo del trabajo, sino lo necesario para entender su relación con el CPT.

Afrontamiento al estrés

Partiendo del modelo interaccionista (o transaccional) del estrés de Lazarus y Folkman (1984), se entienden las estrategias de afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). En otras palabras, se trata de una serie de esfuerzos cognitivos que permiten metabolizar un evento disruptivo que dificulta el ajuste de la persona.

Frente a las situaciones de estrés, los autores plantean que se producirían tres tipos de evaluaciones cognitivas: evaluación primaria, secundaria y re-evaluación (Lazarus & Folkman, 1984). La primera refiere a la valoración de las consecuencias de determinado hecho (si es irrelevante, si es benigno o positivo, o si es estresante -perjudicial o amenazante-). En un segundo momento la persona evalúa los recursos con los que cuenta para hacer frente al hecho adverso, tal que en base a lo que surja de dicha valoración será la estrategia que utilice. Finalmente, la re-evaluación comprende un proceso de retroalimentación entre ambas evaluaciones, ya que se encuentran en constante cambio y debe continuamente analizarse las características del hecho y los recursos con los que se

cuenta. Es así que, las estrategias de afrontamiento se pueden considerar como un producto de la forma de evaluar cognitivamente la situación y los recursos y actuar en consecuencia. Claramente, algunas formas de lidiar con las situaciones estresantes pueden ser adaptativas o desadaptativas (Sandín, 2003).

Lazarus y Folkman (1991) describen principalmente dos tipos de afrontamiento, uno centrado en la resolución del problema, y otro estilo centrado en la emoción. En el primero, la persona debe lograr gestionar las demandas internas y externas, ya sea modificando las condiciones desafiantes o generando nuevos recursos que atenúen el efecto de los elementos adversos. En la diferente literatura se lo puede hallar como afrontamiento racional (Roger et al., 1993), afrontamiento activo (Moss & Billings, 1982) o afrontamiento focalizado en la tarea (Endler & Parker, 1990) o centrado en la acción (Lazarus, 1991). Por otra parte, el afrontamiento centrado en la emoción se sustenta en la regulación emocional como forma de modificar el malestar generado por el estresor, es decir que al no contar con la posibilidad de cambiar el contexto, la persona se centra en cambiar su significado o la gestión del malestar. Lazarus (1991) lo denomina también como estrategias cognitivas en tanto implica cambiar el sentido o la interpretación que se realiza del estresor y por lo tanto de la emoción consecuente. Dentro de ellas podría encontrarse el evitar pensar en alguna amenaza lo que permite posponer la ansiedad concomitante. Estas dos grandes estrategias de afrontamiento se pueden encontrar desglosadas en el *Ways of Coping Questionnaire* Lazarus y Folkman (1986) en 8 estrategias específicas. Los autores las denominan: (1) afrontamiento focalizado en el problema, (2) ensoñación (*wishful thinking*), (3) distanciamiento, (4) focalización en lo positivo, (5) auto-inculpación, (6) reducción de la tensión, (7) auto-aislamiento, y (8) búsqueda de apoyo social. La 1 correspondería al afrontamiento centrado en la resolución del problema y de la (2) a la (7) a la dimensión centrada en la emoción. La última estrategia vinculada a la búsqueda de apoyo social es considerada una estrategia mixta.

En esa misma línea, Carver et al. (1989) plantean las mismas dos formas principales de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986): las estrategias focalizadas en el problema y aquellas focalizadas en lo emocional. En las primeras se incluye la planificación, el tomar acción y la asistencia. En tanto en las segundas, se ven estrategias cómo la negación, la reinterpretación positiva o la búsqueda de apoyo emocional (Carver et al., 1989).

A su vez otros autores añadieron nuevas dimensiones a considerar. Moos y Billings (1982) adicionaron la dimensión de afrontamiento centrado en la evaluación, Endler y Parker (1990) incluyeron la estrategia de evitación como forma de afrontamiento y Roger et al. (1993) agregan otra categoría que refiere a desengancharse o desligarse de la situación.

Asimismo, con el avance de los estudios sobre el afrontamiento se ha incluido la dimensión espiritual o religiosa, que no estaba presente en los primeros escritos de Lazarus y Folkman (1991). Cann et al. (2010) sugieren que el apoyo en estrategias religiosas o espirituales están condicionadas fuertemente por el factor cultural. Es así que, en las culturas donde el estado y la religión se encuentran separados o en donde no hay demasiada implicación religiosa esta puede ser una estrategia poco implementada.

En el “Cuestionario de afrontamiento al Estrés” (CAE) creado por Sandín y Chorot (2003) se agrupan en dos factores las dos grandes estrategias: focalizada en el problema y centrada en la emoción. Pero a su vez en las mismas se incluyen 7 estrategias específicas: focalización en el problema, reevaluación positiva, evitación, búsqueda de apoyo, expresión emocional abierta o descarga emocional, autofocalización negativa -que hace referencia a la autculpa, negación, o resignación- y finalmente la religión. El CAE surgió como una alternativa a la Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R, Sandín et al., 1999) que estudiaron previamente los autores. Para su construcción se utilizaron criterios teóricos tomando como base el cuestionario de Lazarus y Folkman (1984). Al estudiar la estructura factorial del EEC-R, los mismos autores llegaron a un cuestionario resultante que poseía mejores índices a la vez que permitía reducir la cantidad de ítems.

Las diferentes estrategias de afrontamiento que se analizan en el autoinforme son las más remarcadas en la literatura especializada desde los aportes de Folkman y Lazarus (1988), como es la búsqueda de apoyo social, la evitación, la focalización en la solución del problema y la descarga emocional (Sandin & Chorot, 2003). Asimismo, se incluye la autofocalización negativa que refiere a dimensiones negativas del afrontamiento como la autculpa, la negación, la resignación o el aislamiento. Las estrategias incluidas dentro de la dimensión focalización en la solución del problema son consideradas estrategias activas. Específicamente el focalizarse en la solución del problema implica: considerar un plan de acción, realizar acciones directas para reducir o eliminar el estresor. La re-interpretación o re-evaluación positiva hace referencia al encontrar elementos favorables

de la situación e intentar crecer a partir de la misma. La búsqueda de apoyo, como su nombre lo indica implica el solicitar ayuda y buscar personas que sean más competentes para apoyarse en dicha situación (Sandín & Chorot, 2003). Las estrategias centradas en la emoción aluden al desahogo (expresión emocional abierta) que supone ser consciente del malestar y expresarlo. La autofocalización negativa apunta a elementos como auto distracción, culpabilizarse y criticarse. Por su parte la evitación refiere a la negación de la realidad e incluso al uso de sustancias y a la desconexión con el estresor. Finalmente, la estrategia del apoyo en la religión refiere a la tendencia a abocarse a los aspectos espirituales o religiosos como manera de hacer frente a la adversidad (Sandín & Chorot, 2003). De acuerdo a Sandín et al. (1995) las dimensiones de afrontamiento centrado en la emoción y en la evitación se vincularían con aspectos menos saludables de la persona. En la Figura 8 se puede observar la síntesis teórica del modelo del CAE.

Figura 8

Esquema de las estrategias de afrontamiento y ejemplos del contenido de los ítems que conforman el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003).

Focalización en la solución del problema	Focalización en la solución del problema	“Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente” (ítem 1) “Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados” (ítem 8) “Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo” (ítem 15)
	Reevaluación positiva	“Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema” (ítem 3) “Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes” (ítem 24) “Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor” (ítem 38)
	Búsqueda de apoyo social	“Le conté a familiares o amigos cómo me sentía” (ítem 6) “Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema” “Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir”
Centrada en la emoción	Expresión emocional abierta	“Descargué mi mal humor con los demás” (ítem 4) “Insulté a ciertas personas” (ítem 11) “Luché y me desahogué expresando mis sentimientos” (ítem 39)
	Autofocalización negativa	“Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal” (ítem 2) “Comprendí que yo fui el principal causante del problema”(ítem 16)

	Evitación	“Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema” (ítem 30) “Intenté olvidarme de todo” (ítem 40) “Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema” (ítem 12) “Procuré no pensar en el problema” (ítem 23)
Religiosidad	Religión	“Tuve fe en que Dios remediaría la situación” (ítem 28) “Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, rabino, etc.)” (ítem 14)

Si bien Sandín y Chorot (2003) recomiendan la utilización de las 7 subescalas, también plantean que estas se pueden agrupar en medidas más generales, obteniendo una subescala de afrontamiento racional que obtuvo un coeficiente de alfa de .91 (incluye la focalización en la solución del problema, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva) y una subescala de afrontamiento emocional con un coeficiente de alfa de .79 (que contiene expresión emocional abierta y autofocalización negativa). La Tabla 2 resume las diferentes subescalas encontradas en los distintos estudios en habla hispana, con sus correspondientes ítems e índices de confiabilidad.

Tabla 2

Subescalas, ítems y confiabilidad en los estudios del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Subescalas	Autores; ítems; α			
	Sandín y Chorot (2003)	González y Landero (2007) Versión abreviada	Tomás y otros (2013)	Quezada-Berumen et al. (2018)
Focalizado en la solución del problema (FSP)	1, 8, 15, 22, 29, 36. ($\alpha = .85$)	15,29,36 ($\alpha = .83$)	1, 8, 15, 22, 29, 36. ($\alpha = .79$)	1,8,15,29,36 ($\alpha = .88$)
Autofocalización negativa (AFN)	2, 9, 16, 23, 30, 37. ($\alpha = .64$)	2,23,30 ($\alpha = .66$)	2, 9, 16, 23, 30, 37. ($\alpha = .68$)	2,3,9,10,23,30,37 ($\alpha = .76$)
Reevaluación positiva (REP)	3, 10, 17, 24, 31, 38. ($\alpha = .71$)	3,10,31 ($\alpha = .67$)	3, 10, 17, 24, 31, 38. ($\alpha = .65$)	- ($\alpha = .70$)

Expresión emocional abierta (EEA)	4, 11, 18, 25, 32, 39 ($\alpha = .74$)	18,25,32 ($\alpha = .79$)	4, 11, 18, 25, 32, 39 ($\alpha = .70$)	4,11,18,25,32 ($\alpha = .83$)
Evitación (EVT)	5, 12, 19, 26, 33, 40. ($\alpha = .76$)	5,12,26 ($\alpha = .68$)	5, 12, 19, 26, 33, 40. ($\alpha = .65$)	5,12,19,26,33 ($\alpha = .68$)
Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 13, 20, 27, 34, 41. ($\alpha = .92$)	20,34,41 ($\alpha = .91$)	6, 13, 20, 27, 34, 41. ($\alpha = .86$)	6,13,20,27,34,4 1 ($\alpha = .90$)
Religión (RLG)	7, 14, 21, 28, 35, 42 ($\alpha = .86$)	7,21,42 ($\alpha = .87$)	7, 14, 21, 28, 35, 42 ($\alpha = .91$)	7,14,21,28,35,4 2 ($\alpha = .91$)

Como se puede observar en el estudio de González y Landero (2007), se obtuvo la misma estructura factorial de 7 dimensiones pero con pequeñas diferencias en algunos ítems por lo que se propuso una versión abreviada que retiene los mejores 3 ítems y que posee muy buenos índices de ajuste: $\chi^2/g.l$ 1,46, GFI = .934; AGFI = .916; RMR = .087; RMSEA = .036; NFI = .908; TLI = .964; CFI = .969 e IFI = .969. Asimismo, se encontró una diferencia en la agrupación de las subescalas de afrontamiento racional y afrontamiento emocional. De acuerdo a las saturaciones factoriales la subescala de afrontamiento racional quedó conformada por: búsqueda de apoyo social, religión, focalización en la solución del problema y reevaluación positiva. Por otra parte, el afrontamiento emocional quedó integrado por expresión emocional abierta, evitación y autofocalización negativa. En este estudio, González y Landero (2007) encontraron que las estrategias de autofocalización negativa, expresión emocional y evitación se relacionaban con altos niveles de estrés.

Por otra parte, la investigación de Tomás et al. (2013) replicó la estructura factorial original hallando también excelentes índices de ajustes: $\chi^2(798) = 1065.79$ ($p < 0,01$); $\chi^2/g.l = 1.33$; CFI = .94 y RMSEA = .046. Los coeficientes de Alfa de Cronbach encontrados para cada una de las dimensiones indican una muy buena consistencia interna: $\alpha = .86$ en el factor búsqueda de apoyo social, $\alpha = .70$ en el factor expresión emocional abierta, $\alpha = .91$ en religión, $\alpha = .79$ en focalización en la solución de problemas, $\alpha = .65$ en evitación, $\alpha = .68$ en autofocalización negativa y $\alpha = .65$ en reevaluación positiva. Asimismo, tanto en los estudios de Tomás et al. (2013) como en el de González y Landero (2007) se presentaron particulares dificultades con el ítem 39 ("Luché y me

desahogué expresando mis sentimientos") perteneciente al factor de expresión emocional abierta, así como con el ítem 5 de evitación ("Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas") que mostró baja fiabilidad en el estudio de Tomás et al. (2013).

Por otra parte, en el estudio de Quezada-Berúmen et al. (2018), que fue realizado con una población transgénero mexicana, no se logró la estructura factorial original. Cabe consignar que se trató de una muestra muy específica por lo que no necesariamente puedan extrapolarse los resultados a la población general. De todos modos, al momento de analizar la estructura psicométrica del instrumento es un antecedente a tener presente. Luego de realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) los autores eliminaron 8 ítems ya que no poseían buenas propiedades y perjudicaban la escala. Finalmente lograron un instrumento de 6 dimensiones con 34 ítems en total. Por otra parte, en este estudio se logró una estructura de tres factores de segundo orden: afrontamiento emocional negativo, apoyo social y afrontamiento evitativo/religiosidad. El primer factor alude a un afrontamiento desadaptativo y está integrado por expresión emocional abierta, autofocalización negativa y focalización en la solución de problema. Los autores plantean que se tratarían de formas que no necesariamente colaboran con la persona en la resolución de la dificultad, sino que solamente en la expresión emocional pesimista. El segundo factor que encontraron refiere a la búsqueda de apoyo social y por último el tercer factor haría referencia a que la persona no realiza ninguna acción comprometida con la solución del problema, sino que espera la intervención externa. En este factor está incluida la dimensión de evitación y de religiosidad.

En este punto, es importante tener en cuenta lo que planteaba Lazarus (2000) sobre que no existen estrategias específicamente positivas o negativas, sino que dependerá de la función adaptativa frente a las exigencias que supone la situación estresante. Asimismo, las personas no utilizan solamente un tipo de estrategia, por el contrario, las observaciones clínicas y las investigaciones muestran que dentro del repertorio de estrategias se puede ir variando en su uso (Lazarus, 2000).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento y su relación con el sexo, de Ridder (2000) plantea que las mujeres estarían más propensas que los hombres a utilizar estrategias focalizadas en la emoción para mantener el equilibrio emocional frente a estresores. En la misma línea Matud (2004) observó que las mujeres puntuaban significativamente más alto en la estrategia de afrontamiento emocional y en la evitación,

en tanto los hombres destacaban en afrontamiento racional o centrado en la solución del problema. Esto se encuentra en consonancia con lo hallado por Tamres et al. (2002) quienes encontraron que las mujeres tienden a buscar más apoyo social y recurrir más a la religión que los hombres para afrontar situaciones estresantes.

Estrategias de afrontamiento y su relación con el crecimiento postraumático.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento y su relación con el CPT, los datos existentes sugieren que el afrontamiento centrado en el problema, así como la aceptación, la reinterpretación positiva y las estrategias religiosas positivas están relacionados de forma positiva con el CPT (Vázquez et al., 2009). De acuerdo a Carver et al. (1989) estas estrategias corresponderían a un afrontamiento adaptativo por lo que tendría sentido estas correlaciones halladas. La reevaluación positiva implicaría poder encontrar elementos favorables de la situación vivida y poder resignificar el hecho. Por lo que estos eventos estresantes, serían vistos como oportunidades para aprender y para salir favorecido, lo cual marida muy bien con el proceso que implica el CPT. En esta misma línea, Mosher et al. (2006) plantean que a mayor CPT, mayor predisposición a utilizar estrategias de afrontamiento activas e incluso facilita que el apoyo social oficie como forma de afrontamiento. Esto es coincidente con lo que plantea la Teoría de las Crisis de que hablaba ya en los años 60 Gerard Caplan (Caplan, 1964).

Estrategias enfocadas en el problema

Los datos existentes sugieren que este tipo de afrontamiento que incluiría la reinterpretación positiva y la aceptación se relacionan positivamente con el CPT (Vázquez et al., 2009). Estas estrategias implican el intento de entender la raíz del problema, puede incluir el aprendizaje de nuevas competencias para gestionarlo o tomar el control de la situación. Básicamente, señalan que el afrontamiento centrado en el problema, así como la aceptación, la reinterpretación o reevaluación positiva y las estrategias religiosas positivas, están relacionados de forma positiva con el CPT (Vázquez, 2009). En la misma línea, se observó que el afrontar el problema de manera activa y directa mediante la acción se ha relacionado con mayor CPT (Dirik & Gocek-Yorulmaz, 2018; Drapeau et al., 2019; García & Wlodarczyk, 2018; Hanley et al., 2016;

Lafarge et al., 2017; Park et al., 2008; Rzeszutek et al., 2016; Zhang et al., 2020). Dentro de estas estrategias, la reevaluación positiva, en particular, es la que aparece con mayor correlación con CPT (García & Wlodarczyk, 2018; Hanley et al., 2016; Lafarge et al., 2017, Rzeszutek et al., 2016). Por su parte Lelorain et al. (2010), Cao et al. (2018) y Senol-Durak & Ayvasik (2010) plantean al afrontamiento activo como un facilitador del CPT. Esto mismo se ha replicado en diversos estudios con víctimas de distintos hechos traumáticos, en donde se ha hallado que las estrategias de afrontamiento consideradas adaptativas, son predictoras del CPT (Carver & Connor-Smith, 2010; Lafarge et al., 2017; Prati & Pietrtoni, 2009; Schmidt et al., 2012).

Estrategias centradas en la emoción

Se trata principalmente de una estrategia para mejorar los efectos negativos que produce el evento adverso. Esto puede incluir la expresión abierta de las emociones, desahogo de emociones negativas, así como la búsqueda de apoyo emocional. El procesamiento emocional de la experiencia permite a la persona reinterpretar la misma y proveerle de un nuevo sentido. En la investigación de Larsen y Berenbaum (2015) se encontró una asociación positiva entre el procesamiento emocional, la búsqueda de sentido y el CPT. Se encontró que el afrontamiento emocional podría tener un rol funcional en el desarrollo de CPT.

Asimismo, dentro de este grupo de estrategias se encuentra específicamente la evitación. La misma incluye conductas como: negación, distracción y uso de sustancias, por lo que se la ha considerado habitualmente como una estrategia desadaptativa. Si bien se la ha vinculado más a la presencia de sintomatología postraumática, los hallazgos en relación al CPT son heterogéneos. En los estudios de Hallam y Morris (2014) y de London et al. (2020) se encontró una relación positiva entre las estrategias de evitación y el CPT. Por otra parte, también hay resultados contrapuestos, en donde se halla una relación negativa (Wild & Paivio, 2004). Esto arrojaría más evidencia de que el CPT podría tener dos facetas, una ilusoria, en la que el cambio es “artificial” producto de la propia evitación al dolor y otra faceta en la que el CPT es real, en la que no se niegan los efectos negativos y se observa un cambio positivo a largo plazo (Maercker & Zoellner, 2004).

Tomando lo planteado por Kato (2012) se puede considerar que la adaptabilidad o funcionalidad de la estrategia de afrontamiento utilizada puede depender del contexto

en el que ocurre el evento estresor, así por ejemplo la estrategia evitativa podría promover el CPT en sobrevivientes de traumas infantiles (Zoellner & Maercker, 2006). Con respecto a lo anterior, Tedeschi y Calhoun (2004b) expresan que esta divergencia en cuanto a las estrategias encontradas podría entenderse en tanto las personas con estrategias más efectivas podrían reportar un CPT relativamente menor, ya que se van a encontrar menos desafiadas en la elaboración del trauma.

Justamente como los resultados son mixtos es una relación que es interesante continuar investigando.

Religiosidad

La religión como estrategia de afrontamiento permite la búsqueda de un nuevo sentido a la experiencia brindándole a la persona una sensación de alivio o de propósito en la vida. El afrontamiento religioso se ha vinculado con consecuencias positivas para la salud mental y el bienestar (Pargament, 1998), focalizándose en la búsqueda de sentido de significado y propósito. El afrontamiento religioso incluiría diferentes dimensiones desde el perdón, la búsqueda de apoyo espiritual, las resignificaciones religiosas e incluso una perspectiva de locus de control.

En el metaanálisis llevado a cabo por Prati y Pietrantonio (2009), además de la correlación positiva entre CPT y reevaluación positiva también se encontró que el afrontamiento religioso se vinculaba a mayor desarrollo de CPT. Esto se observa en las investigaciones de Gerber et al. (2011) donde se halló que las personas que buscaban consuelo religioso, así como aquellos que experimentaban el perdón presentaban mayor CPT. De igual manera, en la investigación más reciente de Chan y Rhodes (2013) se encontró que el afrontamiento religioso en tanto acciones como buscar apoyo espiritual, realizar reflexiones espirituales y el perdón, correlacionaba positivamente con el CPT.

De todos modos, los resultados son mixtos, encontrándose también estudios con correlaciones negativas, que se puede entender como producto de una crisis con el sentido religioso, culpándose a Dios o rechazando la existencia de algo superior (Rzeszutek et al., 2016). De acuerdo a Shaw et al. (2005) el afrontamiento religioso permitiría lidiar con los efectos del evento traumático, permitiendo una reevaluación del hecho y favoreciendo el desarrollo de CPT (García et al., 2014).

En la Figura 9 se esquematizan las correlaciones halladas entre CPT y las diferentes estrategias de afrontamiento en las investigaciones estudiadas. Como se puede observar la relación entre CPT y algunas estrategias de afrontamiento presentan resultados dispares, lo cual invita a continuar estudiando dichas diferencias.

Figura 9

Síntesis del tipo de correlación hallada entre las estrategias de afrontamiento y el CPT en las investigaciones relevadas.

Focalización en la solución del problema	Focalización en la solución del problema	(+) Dekel et al. (2011) (+) Dirik & Gocek-Yorulmaz (2018) (+) Drapeau et al. (2019) (+) García & Wlodarczyk (2018) (+) Hanley et al. (2016) (+) Joseph et al. (2012) (+) Lafarge et al. (2017) (+) Lelorain et al. (2010) (+) Zhang et al. (2019)
	Reevaluación positiva	(+) García & Wlodarczyk (2018) (+) Hanley et al. (2016) (+) Lafarge et al. (2017) (+) Prati & Pietrantonio (2009) (+) Rzeszutek et al. (2017) (+) Schaefer & Moos (1998) (+) Zoellner & Maercker (2006).
Centrada en la emoción	Centrada en la emoción	(-) Brooks et al. (2019) (+) Larsen & Berenbaum (2015)
	Evitación	(-) Brooks et al. (2019) (+) Hallam & Morris (2014) (+) London et al. (2017) (-) Wild & Paivio, 2004)
Religiosidad	Religión	(+) Abu-Raiya & Sulleiman (2021). (+) Prati & Pietrantonio (2009) (+) Shaw et al. (2005) (+) Gerber et al. (2011) (+) Chan y Rhodes (2013) (-) Rzeszutek et al. (2016) (+) García et al. (2014)

En este capítulo, se exploró en detalle las posibles estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas y su vinculación con el crecimiento postraumático. Asimismo, ha quedado en evidencia la importancia de estos mecanismos para enfrentar el trauma y poder encontrar significado en la adversidad. Aumentar el entendimiento de estas estrategias y su relación con el crecimiento postraumático permitiría no solo ampliar el conocimiento sobre el constructo, sino servir como promotor del desarrollo y bienestar personal.

Segunda parte
Marco metodológico

Capítulo 4

Método

En la siguiente sección, se expondrá el marco metodológico que guía el estudio que se presenta en esta tesis doctoral, haciendo referencia al problema y las preguntas de investigación, los objetivos, así como a los participantes y los instrumentos empleados.

Problema de investigación

Como se ha observado en el marco conceptual, el CPT es un constructo que viene siendo investigado en forma ininterrumpida desde su formulación en los años 90, en relación a diferentes poblaciones y diversas experiencias traumáticas. A pesar de su vasta investigación, siguen existiendo resultados dispares en relación al CPT y ciertas variables como la sintomatología postraumática (SPT), el tipo de evento adverso o potencialmente traumático, el sexo, y las estrategias de afrontamiento.

Dado que se ha observado una prevalencia del 40% en jóvenes de entre 21 y 30 años que han experimentado eventos traumáticos significativos (Breslau et al., 1991), resulta relevante llevar a cabo una investigación sobre CPT en una muestra de estudiantes universitarios. Esta elección se justifica en que mayoritariamente se evaluaría a adultos jóvenes, lo que implica que se estarían analizando las posibles consecuencias de experiencias traumáticas que posiblemente tuvieron lugar durante etapas sensibles y de transición en la vida de estos individuos (Palacio & Barrios, 2013). Asimismo, investigar con dicha población permite englobar tanto eventos traumáticos producidos de forma intencional como no intencional (Brooks et al., 2016). En ese sentido, tomando en cuenta las estadísticas del Uruguay, dentro de los eventos que los jóvenes podrían estar potencialmente expuestos se encuentra la siniestralidad de tránsito (UNASEV, 2022), así como la presencia de rapiñas y hurtos (Ministerio del Interior del Uruguay, 2023), así como episodios de violencia por terceros (Musto, 2022).

Por otra parte, es importante señalar que hasta el momento no se dispone de evidencia de estudios que hayan investigado el constructo de CPT, ni de las propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) en población uruguaya. Es así que, la principal contribución de esta investigación es su carácter de primer estudio en nuestro país buscando vincular el crecimiento postraumático, la

sintomatología postraumática, el sexo, el tipo de evento traumático y las estrategias de afrontamiento en población universitaria. En segundo lugar, el aporte consiste en proveer de los estudios psicométricos de los distintos instrumentos utilizados con el fin de poder continuar su aplicación en población uruguaya y en la región con aquellos países que se comparte similar cultura y características poblacionales.

Preguntas de investigación

En línea con lo planteado en el apartado anterior se ha diseñado una investigación para contestar las siguientes preguntas: ¿Qué relación existe entre la sintomatología postraumática (SPT) y el desarrollo de crecimiento postraumático (CPT)?, ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en relación al SPT, al CPT y a las estrategias de afrontamiento (EA)?, ¿Qué relación existe entre el crecimiento postraumático (CPT) y la sintomatología postraumática (SPT) con las diferentes EA? y finalmente ¿Qué modelo predictivo se puede encontrar entre la sintomatología postraumática (SPT), el tipo de evento traumático, el sexo y las estrategias de afrontamiento (EA) y el crecimiento postraumático(CPT)?

Objetivo general

En línea con las preguntas antes formuladas, se ha planteado el siguiente objetivo general de estudiar el rol explicativo del sexo, del tipo de evento traumático, de las estrategias de afrontamiento y de la sintomatología postraumática en el desarrollo de crecimiento postraumático en población universitaria.

Objetivos específicos

El objetivo general se desagrega en una serie de objetivos específicos que se detallan a continuación.

- a) Describir la muestra participante en función de las variables de interés.
- b) Analizar las propiedades psicométricas de los instrumentos: Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) y Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).
- c) Analizar diferencias de sexo en las variables estudiadas.

- d) Analizar las correlaciones entre la sintomatología postraumática, las estrategias de afrontamiento y el crecimiento postraumático.
- e) Examinar el rol predictivo del sexo, el tipo de evento traumático, la sintomatología postraumática y las estrategias de afrontamiento en el desarrollo de CPT.

Hipótesis

En relación a los antecedentes mencionados anteriormente se plantean las siguientes hipótesis a ser contrastadas.

1. Existe una correlación positiva entre SPT y CPT (Feingold et al., 2021; Jiang et al., 2022; Luo et al., 2020, Taku, et al., 2008; Yim & Kim, 2022).
2. Las mujeres presentan mayor SPT y CPT que los hombres (Jin et al., 2014).
3. Las personas que reportan eventos traumáticos no intencionales desarrollan mayor CPT que aquellos con eventos traumáticos intencionales (Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010; Thomas et al., 2021).
4. La estrategia afrontamiento del tipo de “reevaluación positiva” correlaciona positivamente con el CPT (Lafarge et al., 2017; Schmidt et al., 2012). La estrategia de “evitación” correlaciona negativamente con CPT (Helgelson et al., 2006; Lafarge et al., 2017).
5. Las estrategias de afrontamiento (EA) pueden predecir el desarrollo de CPT (Lafarge et al., 2017).

Diseño de la investigación

Para abordar los objetivos del estudio se implementó un diseño de investigación no experimental, ex post-facto y transversal, descriptivo y correlacional (León & Montero, 2015). De acuerdo a Hernández et al. (2014), se estudian variables preexistentes, sin manipulación por parte del investigador.

Participantes

Se trató de un muestreo no probabilístico, intencional (Otzen & Manterola, 2017). La muestra está compuesta por 359 estudiantes universitarios de las siguientes carreras de grado de una universidad privada de Uruguay: Contador Público (18.3%), Ingeniería (21.4%), Nutrición (11.9%), Psicopedagogía (11.7%), Fisioterapia (9%), Enfermería

(8.1%), Psicología (7.2%), Psicomotricidad (7.5%) y Dirección de empresas (4.9%). En la Tabla 3 se profundiza sobre la información sociodemográfica desglosada según el sexo reportado por los participantes. Del total de la muestra 215 (59.7%) son mujeres y 145 (40.3%) son hombres. La edad mínima es 18 años y la máxima de 49, teniendo una Media = 23.35 ($DE = 5.36$). La mayoría de los participantes eran solteros (88.5%) encontrándose que una proporción menor estaban casados (7.3%), en concubinato (3.9%) y divorciados (.3%).

Tabla 3

Descripción de los participantes de acuerdo al sexo (N=359)

Características	Femenino n=215 (59.7%)	Masculino n=145 (40.3%)
Edad; años		
<i>M (DE)</i>	23.6 (5.8)	24.0 (5.0)
Min – Max; años	18 - 49	18 - 39
Estado civil; n (%)		
Soltero	183 (85.1%)	131 (90.3%)
Casado	18 (8.4%)	11 (7.6%)
En pareja/concubinato	13 (6.0%)	3 (2.1%)
Separado/Divorciado	1 (.5%)	-

Instrumentos

El estudio se realizó por medio de la aplicación de cuestionarios auto aplicados de manera presencial en papel y lápiz. Se comenzó con un cuestionario socio-demográfico (edad, sexo, carrera y estado civil). Los instrumentos utilizados se incluyen en el Apéndice A y se resumen en la Figura 10.

Figura 10

Instrumentos utilizados

Instrumentos	Autores/año	VARIABLES
Cuestionario sociodemográfico.	Construcción propia	Sexo, Estado Civil, Edad, Carrera y situación laboral.
Cuestionario de experiencias traumáticas (Traumatic Questionnaire, TQ).	Davidson et al. (1990), adaptado al español por Bobes et al. (2000).	Listado de experiencias traumáticas. Síntomas asociados a TEPT.
Cuestionario de Afrontamiento al Estrés.	Sandin y Chorot (2003).	Estrategias de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, religión.
Inventario de Crecimiento Postraumático (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI).	Tedeschi y Calhoun (1996), adaptada al castellano por Páez et al. (2012) y validada para Chile por García et al. (2013).	Medida general de crecimiento postraumático y 5 áreas específicas: relación con otros, apreciación de la vida, fuerza personal, cambio espiritual y prioridades y metas de la vida.

Cuestionario de experiencias traumáticas (TQ)

Para evaluar los eventos traumáticos a los que la persona se ha visto afectada a lo largo de su vida se utilizó el Cuestionario de experiencias traumáticas (Traumatic Questionnaire – TQ – Davidson et al., 1990, adaptado al español por Bobes et al., 2000). Es un cuestionario de 44 ítems, dividido en 3 secciones, la primera consta de un listado de 17 ítems que indagan sobre los diferentes tipos de eventos a los que se puede haber visto expuesta la persona y en qué momento de su vida ocurrieron. En la segunda parte se le solicita que identifique el evento que considera más perturbador en la actualidad (ya que habitualmente se indican varios) para lo cual se presentan 9 ítems que indagan las características de ese evento. Por último, sobre ese evento considerado el más traumático se exploran a través de 18 ítems los síntomas postraumáticos relativos al TEPT (APA, 2013). Solamente este último apartado es el que conlleva puntuaciones, obteniendo 1 en caso de puntuar si presenta el síntoma, y 0 en caso de no indicarlo. Los autores no proporcionan puntos de corte, tal que, a mayor puntaje, mayor gravedad. También se

utiliza como criterio el llegar a la cantidad de síntomas propuestas por el DSM-IV-TR para que se pueda considerar la presencia de TEPT (APA, 2000).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003) para evaluar el grado en que las personas utilizan ciertas estrategias de afrontamiento. Este cuestionario posee 42 ítems que se evalúan con una escala Likert de cinco puntos que van desde 0 (*Nunca*), hasta 4 (*Casi siempre*). Esta escala evalúa 7 estrategias de afrontamiento con 6 ítems para cada una de ellas: focalización en la solución del problema ($\alpha = .85$), autofocalización negativa ($\alpha = .64$), reevaluación positiva ($\alpha = .71$), expresión emocional abierta ($\alpha = .74$), evitación ($\alpha = .76$), búsqueda de apoyo social ($\alpha = .92$) y religión ($\alpha = .86$).

Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI)

El Inventario de Crecimiento Postraumático (*Posttraumatic Growth Inventory* - PTGI-) es el primer instrumento desarrollado para evaluar el constructo (Tedeschi & Calhoun, 1996). Su objetivo es evaluar los cambios positivos que se pueden producir luego de una experiencia traumática. Se trata de un listado de 21 ítems que se responde con una escala Likert de seis puntos (0 implica *ningún cambio* a 5 un *cambio muy importante*). La versión original posee una consistencia global de .90 y una estructura factorial de 5 dimensiones: relación con otros ($\alpha = .85$), apreciación de la vida ($\alpha = .67$), fuerza personal ($\alpha = .72$), cambio espiritual ($\alpha = .85$) y nuevas posibilidades ($\alpha = .84$). Dicho inventario viene siendo estudiado en diferentes contextos culturales e idiomas, siendo en la actualidad el instrumento más utilizado para evaluar el crecimiento luego de un evento adverso. En la versión utilizada en este estudio, validada para Chile (García et al., 2013), se encontró una estructura factorial de 3 factores: autopercepción, relación con otros, y cambio espiritual. En dicha investigación la escala obtuvo una consistencia interna de $\alpha = .97$ para el total de la escala y los alfas de Cronbach para las 3 dimensiones fueron: Autopercepción: $\alpha = .95$, relación con otros: $\alpha = .93$ y cambio espiritual $\alpha = .78$.

Procedimiento general y consideraciones éticas

El procedimiento de investigación ha recorrido diferentes etapas. En primer lugar, se obtuvo el permiso de los diferentes autores de las técnicas, tanto en las versiones originales como en las adaptadas al español. Asimismo, se obtuvo la autorización de la Vicerrectoría de Programas Académicos y posteriormente el aval del Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay (<https://ucu.edu.uy/es/comite-de-etica>). Posteriormente, se contactó a los directores de las diferentes carreras de grado quienes autorizaron la realización del trabajo de campo durante el horario curricular. La administración del cuestionario fue colectiva, en los meses de setiembre a noviembre de 2019, dentro del horario de clase en la propia institución educativa, en formato papel y llevó un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos. En todo momento de la investigación la participación fue voluntaria, previa autorización mediante consentimiento informado donde se consignó que se garantizaría la confidencialidad de los participantes y de los resultados (Apéndice A).

Los criterios de exclusión eran ser menor de 18 años, no contar con total uso de autonomía o ser estudiantes extranjeros que estén cursando las materias en calidad de intercambio.

Al tratarse de una temática sensible, la propia investigadora fue quien realizó el trabajo de campo, quien desde su formación de psicóloga podía asistir y orientar a aquel participante que pudiera sentirse movilizado al momento de cumplimentar los cuestionarios. Además de la cobertura que pudiera tener la persona con su prestador de salud, se previó la posibilidad de referenciar a otros servicios de atención de salud mental si se lo requiriera. Ninguna de estas situaciones se produjo durante la aplicación.

Análisis de datos

Los análisis de datos se realizaron con los paquetes estadísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versión 21) y Mplus (versión 8.2).

En primer lugar, se analizaron las frecuencias y la descripción de todas las variables estudiadas. Los casos incompletos fueron descartados. Posteriormente, se analizó la distribución de la muestra para determinar el supuesto de normalidad (curtosis, asimetría, prueba Kolmogorov-Smirnov). Como suele ocurrir en las escalas de tipo Likert y en los estudios en el área de Psicología, es altamente frecuente que las muestras

incumplan el supuesto de normalidad (Morata-Ramírez, et al., 2015). Considerando que las variables no poseen una distribución normal ya que se obtuvo un $p < .05$ en la prueba Kolmogorov-Smirnov para los siguientes cálculos se utilizarán pruebas estadísticas no paramétricas (correlaciones bivariadas de Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis).

El primer objetivo de análisis psicométrico de las técnicas consiste en un estudio instrumental (León & Montero, 2015). En el mismo se analizó la dimensionalidad y fiabilidad de las siguientes técnicas: Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE) y el Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI).

En cuanto al tamaño muestral, se puede afirmar que es adecuado para la factorialización ya que se cumplió el criterio planteado por varios autores (Carretero-Dios & Pérez, 2005, 2007; Martínez-Arias, 1995; Morales Vallejo et al., 2003) que consideran entre 5 y 10 participantes por cada ítem del cuestionario a evaluar. Al contar con una muestra de 359 individuos, y teniendo la técnica más extensa 42 ítems (CAE), se cumplió un promedio de 8.5 participantes por ítem. Para la realización de todos los análisis fueron eliminados los casos en los que había elementos perdidos.

Antes de realizar los análisis factoriales confirmatorios (AFC) se realizó el estudio descriptivo de los ítems, siguiendo los lineamientos de Carretero-Dios y Pérez (2005, 2007). Esto permitió detectar el comportamiento de los ítems y, eventualmente, considerar la supresión de aquellos que muestren respuestas poco discriminativas. Para ello se analizaron la media y desviación típica, asimetría, curtosis, y los índices de homogeneidad corregido, así como los índices de confiabilidad Alfa de Cronbach y el Omega de McDonald tal cual es evaluado por el SPSS.

De acuerdo a Carretero-Dios y Pérez (2005,2007) y Morales Vallejo et al. (2003), se consideran problemáticos los ítems que presenten una media a una distancia superior a una desviación típica, los ítems con una desviación típica reducida ($DE < 0.5$), con una asimetría y curtosis superior al valor ± 1 (Nunnally & Bernstein, 1995) o siguiendo el criterio más laxo de ± 2 (Lloret-Segura et al., 2014). También los ítems que presenten un coeficiente de correlación de Pearson entre el ítem y la escala a la que pertenece inferior a .30 (Tornimbeni et al., 2008) y aquellos que si se eliminaran, llevarían a un incremento en el alfa de Cronbach de la escala global en más de .3 puntos. Asimismo, junto con dichos criterios técnicos se consideró el impacto que podría tener la supresión

de dichos reactivos en la validez de contenido apelando al criterio por jueces (Carretero-Dios & Pérez, 2007; Ecurra-Mayaute, 1988).

Luego del análisis descriptivo de los ítems se procedió al estudio factorial confirmatorio de las distintas técnicas, ya que existía conocimiento previo sobre la estructura factorial. Posteriormente, se analizó la adecuación de los datos a través del test de esfericidad de Bartlett y la medida de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO). De acuerdo a Ferrando y Aguiano-Carrasco (2010) será adecuado factorizar si el test de Bartlett es significativo ($p < .001$) y el KMO presenta un valor $\geq .80$.

Siguiendo a Hair et al. (2014) se utilizaron los siguientes indicadores de bondad de ajuste del modelo para factorizar: χ^2/gl (Razón Ji cuadrado sobre los grados de libertad, RMSEA (error cuadrático medio de aproximación), SRMR (Raíz cuadrada media residual estandarizada), CFI (Índice de ajuste comparativo), TLI (índice de ajuste no normativo de Tucker-Lewis). En la Tabla 4 se indican las consideraciones a tener con cada uno de ellos.

Tabla 4

Síntesis de los principales índices considerados para evaluar la bondad de ajuste del modelo

Tipo de índices	Nombre	Sigla	Tipo de ajuste
Índice de ajuste	Ji cuadrado	χ^2	Valores de p significativos
	Razón ji cuadrado/grados de libertad	χ^2/gl	
Índices de ajuste incremental	Índice de ajuste comparativo	CFI	>.90 adecuado >.95 óptimo
	Índice de ajuste no normativo de Tucker-Lewis	TLI	>.90 adecuado >.95 óptimo
Índices residuales	Error cuadrático medio de aproximación	RMSEA	<.07
	Raíz cuadrada media residual estandarizada	SRMR	<.08

Nota. Adaptado de Hair et al. (2014).

Dado que el indicador χ^2/gl es muy sensible frente el tamaño muestral y ante el supuesto de normalidad (Carretero-Dios & Pérez, 2005/2007) es que se lo mantuvo como

un indicador secundario. Posteriormente, se estudiaron los diferentes modelos factoriales encontrados en las versiones de habla hispana para detectar cuál poseía los mejores índices de ajuste en nuestra muestra.

Para la realización de los análisis factoriales confirmatorios (AFC), la elección del método de estimación se realizó en consideración a si la muestra presenta una distribución normal, así como al tamaño de la muestra (Ferrando & Aguiano-Carrasco, 2010). Para la realización del AFC se utilizó el estimador de Mínimos Cuadrados Ponderados Robustos (*Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted -WLSMV-*). Como plantean Rigo y Donolo (2018) y Lloret-Segura et al. (2014, 2017) junto con el ULS (*Unweighted least-squares* – en español: Mínimos Cuadrados no Ponderados) es uno de los estimadores recomendados para indicadores ordinales y en donde la muestra no posea una distribución normal o sea relativamente pequeña o con pocas opciones de respuesta.

Finalmente se analizó la fiabilidad de las escalas considerando el coeficiente Alpha de Cronbach y Omega de McDonald (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017).

Dichos coeficientes evalúan la consistencia interna, de acuerdo al promedio de las correlaciones entre los ítems que conforman la escala. Asimismo, permiten analizar cuánto mejoraría o empeoraría la fiabilidad de una escala al excluir determinado ítem. En la actualidad se considera el coeficiente Omega de McDonald más apropiado cuando las escalas son ordinales o cuando las alternativas de respuestas son menores a 5. Por estas razones, en la actualidad, muchos autores lo recomiendan en la investigación en el ámbito de la Psicología (Frías-Navarro, 2022; Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017). Los índices de Alpha iguales o superiores a .70 son considerados adecuados para procedimientos de investigación, y de igual manera los valores de Omega (Carretero-Dios & Pérez, 2005, 2007). Por su parte valores mayores a .80 son considerados muy buenos y excelentes mayores a .90 (George & Mallery, 2019).

Para analizar los eventos traumáticos, siguiendo con lo realizado en diferentes investigaciones reportadas (Kessler et al., 2017; Kilpatrick et al., 2013; Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010; Thomas et al., 2021) se decidió agrupar los eventos en tanto fueran intencionales (producidos o en donde existiera la intencionalidad de otro ser humano) o no intencionales (p. ej., desastres naturales o diagnósticos de enfermedades).

Para el estudio de correlaciones, se optó por utilizar Rho de Spearman ya que las variables no poseen distribución normal. Se analizará la orientación (positiva o negativa),

su significancia considerando un $p < .05$ y su potencia (débil, baja, moderada o fuerte). La fuerza de la correlación entre 0 y .3 se considerará débil, entre .3 y .5 baja, entre .5 y .7 moderada, y .7 o superior se considerará una potencia de correlación fuerte (Hinkle et al., 2003). Incluso en el planteamiento de Cohen (1992) y de Domínguez-Lara (2017) estos valores podrían ser aún más laxos.

Para estudiar posibles diferencias entre las variables en relación con el sexo informado se realizaron análisis de comparación de medias utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar dos grupos independientes.

Finalmente se realizaron regresiones lineales múltiples jerárquicas para verificar si la sintomatología postraumática (bloque 2) y los tipos de afrontamiento (bloque 3) incrementaban significativamente la varianza explicada del crecimiento postraumático por sobre las variables base del bloque 1 (*sexo* estimado como la probabilidad de ser mujer y *tipo de evento* estimado como la probabilidad de que sea intencional). En todos los casos se valoró la significancia global del modelo, el delta entre los R^2 y los estimadores individuales con un nivel de significancia de .05.

Previo a la realización de las regresiones fueron chequeados los supuestos del Teorema de Gauss-Márkov: linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad de residuos, ausencia de *outliers* y no colinealidad para cada una de las variables predictoras (Montero Granados, 2016). Al no encontrar dificultades asociadas se procedió al análisis de las regresiones.

Capítulo 5

Resultados

En el siguiente apartado se reportan los principales hallazgos en torno a los objetivos de investigación antes detallados. En primera instancia, se presentarán los resultados descriptivos, en una segunda sección se exhibe el análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados para posteriormente proporcionar los resultados de las relaciones entre las variables estudiadas, así como del modelo predictivo evaluado.

Resultados descriptivos

A continuación, se presentan los resultados descriptivos de la muestra estudiada relativos a las experiencias traumáticas reportadas, a la prevalencia de eventos intencionales y no intencionales, así como a la sintomatología postraumática, las estrategias de afrontamiento y el crecimiento postraumático. Estos resultados forman parte del primer objetivo plantando en el contexto de este estudio.

Experiencias traumáticas reportadas

Al analizar las experiencias traumáticas reportadas por los participantes, se observó que el 98.6% de la muestra ($N = 359$) reportó haber sufrido al menos un evento traumático en los últimos 5 años, con un número promedio de experiencias traumáticas de 3.25 ($DE = 1.82$) por persona. En la Tabla 5 se presentan los eventos reportados más frecuentes diferenciados por sexo. En ambos sexos los principales eventos fueron: sufrir un siniestro de tránsito, sufrir un robo, experimentar la muerte de un familiar, presenciar un robo y sufrir una agresión por parte de un tercero.

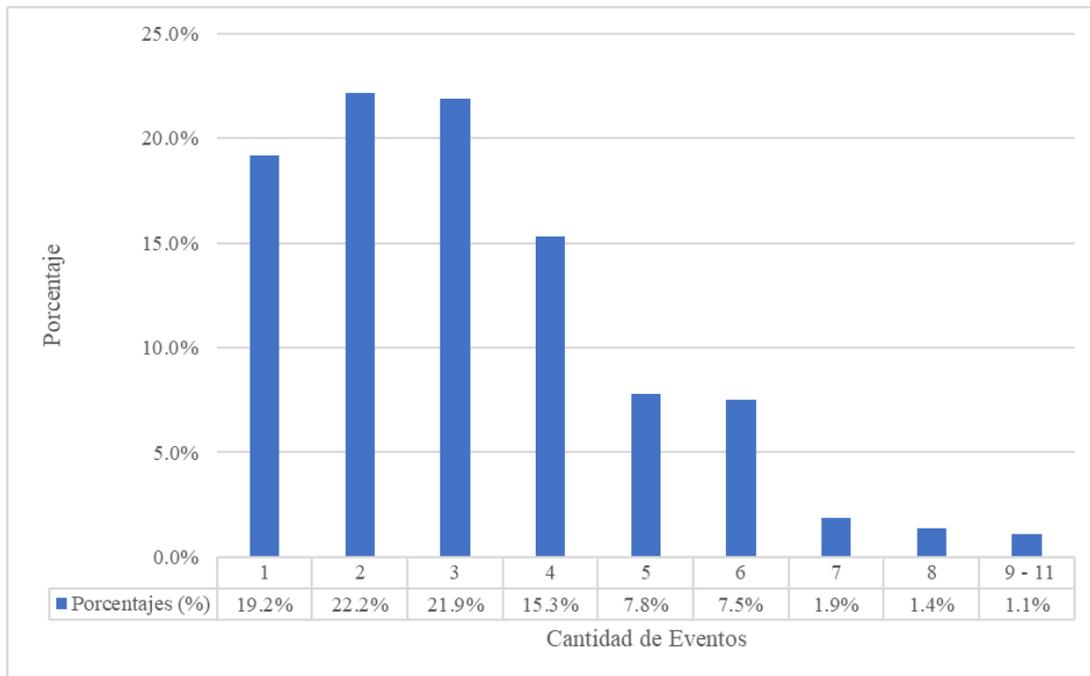
Tabla 5*Porcentaje de eventos traumáticos reportados diferenciados por sexo.*

Eventos reportados	Femenino (n=215)	Masculino (n=144)
Sufrir un accidente de transporte	43.7	57.6
Sufrir un robo	43.7	56.3
Sufrir la muerte de miembro familiar	49.8	43.8
Presenciar el robo a un desconocido	39.5	52.1
Presenciar el robo a alguien cercano	28.4	34.7
Sufrir una agresión por parte de terceros	12.6	29.2
Estar expuesto a una amenaza seria o un daño a un miembro familiar	19.1	18.1
Estar próximo a ahogarse	16.7	20.8
Sufrir Abuso físico	11.6	5.6
Sufrir Quemaduras	3.7	3.5
Sufrir una violación	4.2	0.7
Ir a combate	0.5	6.3
Violencia psicológica	2.3	0
Accidente laboral	0.9	4.2
Recibir un diagnóstico de enfermedades	1.5	0.7
Sufrir la pérdida del hogar o de miembro familiar por evento climático (P. ej. Tornado)	0.5	0.7
Secuestro o privación de libertad	0.9	0.7
Sufrir la pérdida del hogar o de miembro familiar por incendio	1.2	0.7
Sufrir la pérdida del hogar o de miembro familiar por inundaciones	1.2	0.7
Incesto	0.6	0
Presenciar un choque	0.5	0
Secuestro de una amiga	0.5	0
Abuso sexual sin violación	0.5	0
Acoso en la calle	0.5	0
Acoso en las redes sociales	0.5	0.7
Acoso sexual agravado	0.5	0
Experiencia psicodélica	0.5	0
Presenciar un tiroteo	0.5	0
Acoso laboral	0.5	0
Bullying	0	0.7
Encontrar un cadáver flotando	0	0.7
Separación de los padres	0	0.7

Como se destaca en la Figura 11, el 59.4% de los encuestados refirieron haber experimentado entre 2 y 4 eventos adversos en el transcurso de su vida. Por otra parte, solamente el 19.2% indicaron 1 solo evento.

Figura 11

Cantidad porcentual de eventos traumáticos reportados (N=359)

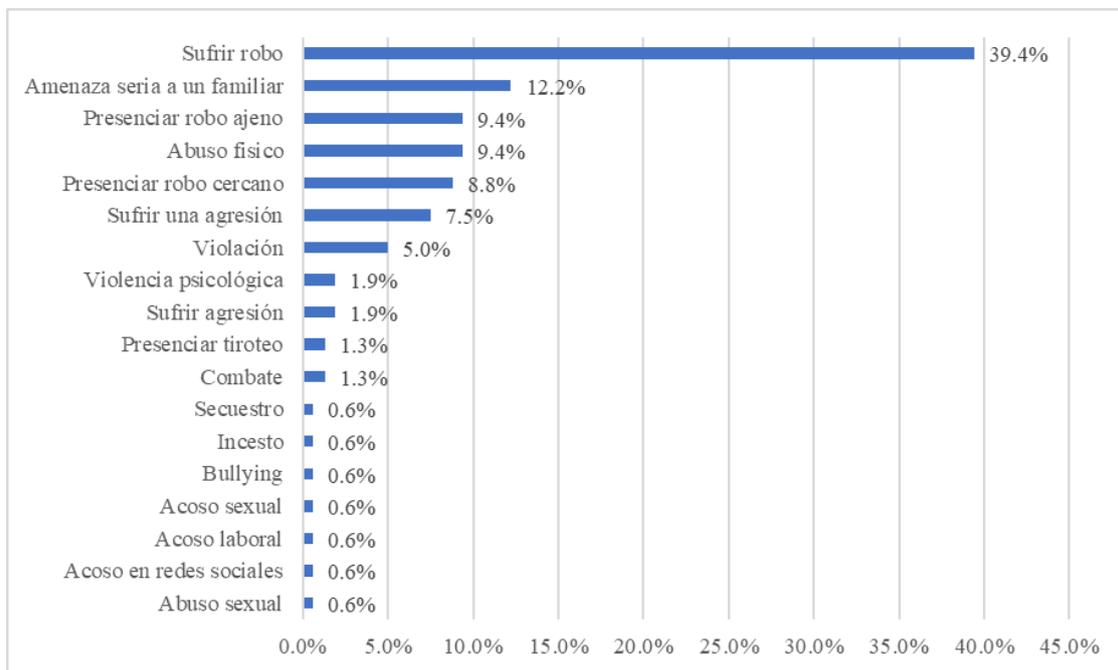


Con el fin de agrupar los eventos en tanto fueran intencionales (producidos o en donde existiera la participación de otro ser humano) o no intencionales (p. ej., desastres naturales o diagnósticos de enfermedades), se consideró el episodio que la persona indicó que le había producido mayor perturbación.

En las Figuras 12 y 13 se presentan los porcentajes de los tipos de eventos intencionales y no intencionales reportados como más perturbadores al momento de realizada la encuesta.

Figura 12

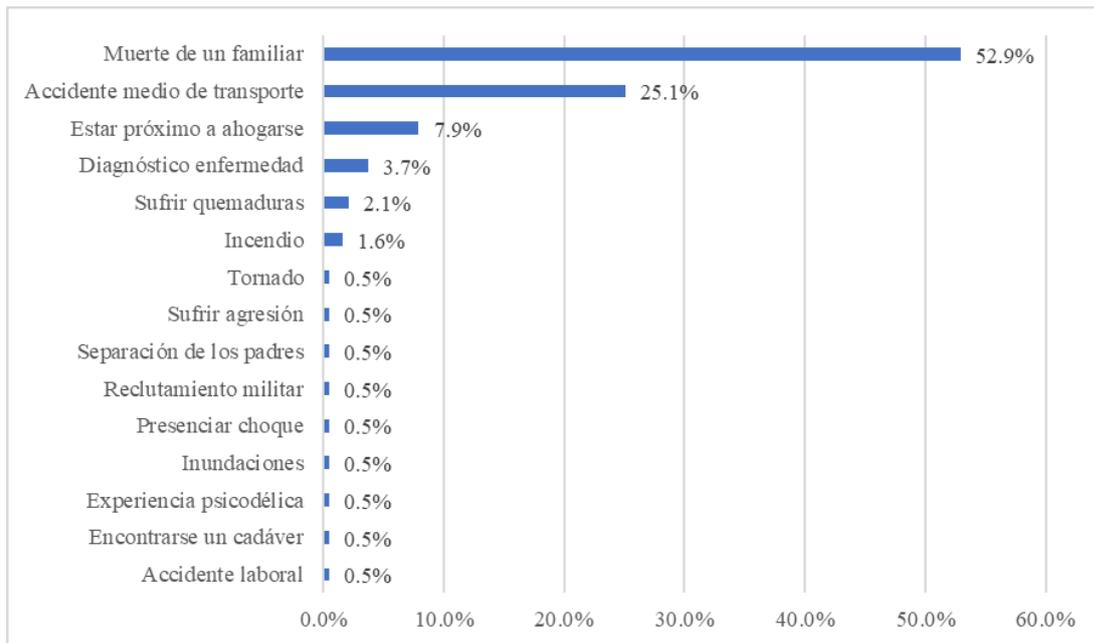
Porcentajes de tipo de evento intencional indicado como más perturbador en la actualidad (n=164).



Con respecto a los eventos intencionales se destacan: sufrir un robo (39.4%), la amenaza seria a un familiar (12.2%), presenciar un robo a un desconocido (9.4%) y sufrir abuso físico (9.4%).

Figura 13

Porcentajes de tipo de evento no intencional indicados como más perturbador en la actualidad (n=187).



En relación a los eventos no intencionales, como se observa en la Figura 13, se destacan con mayores porcentajes la muerte de un familiar (52.9%) y los accidentes de transporte (25.1%).

Resultados de sintomatología postraumática, estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático.

Para la descripción de los resultados hallados en relación a la sintomatología postraumática, las estrategias de afrontamiento y el crecimiento postraumático se presentan en la Tabla 6, diferenciando por sexo, las medias y los desvíos estándares de las variables estudiadas.

Tabla 6

Descripción de las variables según sexo (N = 359)

Variables	Femenino n=215 (59.7%)	Masculino n=144 (40.3%)
Tipo de evento		
Intencional, n (%)	109 (50.7%)	70 (48.6%)
No intencional, n (%)	104 (48.4%)	71 (50.4%)
Perdidos, n (%)	2 (.9%)	3 (2.1%)
Sintomatología Postraumática		
n (%)	199 (59.8%)	135 (40.2%)
<i>M (DE)</i>	5.62 (4.93)	3.65 (4.02)
Estrategias de Afrontamiento		
n (%)	214 (59.8%)	144 (40.2%)
Total escala, <i>M (DE)</i>	72.76 (12.73)	68.41 (13.31)
1.Focalizado solución del problema	11.24 (4.03)	11.78 (4.04)
2. Autofocalización negativa	5.63 (3.21)	5.45 (3.00)
3.Reevaluación positiva	13.21 (3.44)	12.47 (3.23)
4.Expresión emocional abierta	6.68 (3.70)	6.28 (3.29)
5. Evitación	10.10 (3.72)	8.99 (3.46)
6. Búsqueda de apoyo social	12.41 (5.10)	10.18 (4.67)
7. Religión	4.29 (5.63)	2.51 (4.30)
Crecimiento Postraumático		
n (%)	182 (57.8%)	127 (42.4%)
Total escala, <i>M (DE)</i>	45.25 (31.17)	37.22 (27.70)
1.Relación con otros	12.6 (9.42)	13.6 (9.28)
2.Apreciación de la vida	8.88 (7.77)	9.82 (8.03)
3.Fuerza personal	8.09 (6.37)	8.71 (2.96)
4. Cambio espiritual	2.08 (2.91)	2.26 (2.96)
5. Prioridades y metas	7.09 (4.82)	7.23 (4.47)

Al examinar la sintomatología postraumática (SPT), se constató que, de la muestra total de 359 personas, el 84.7% reportaron haber experimentado cierta sintomatología vinculada con el evento traumático que identificaron como más impactante. Como se observa en la Tabla 6, de esa submuestra, 199 fueron mujeres (59.8%) y 135 (40.2%) hombres. Al discriminar entre eventos intencionales y no intencionales en relación al sexo, se observó que el 50.7% de las mujeres mencionaron un evento intencional como el más perturbador, mientras que el 50.4% de los hombres indicaron que un evento no intencional les había afectado de manera más significativa.

En los siguientes apartados se analizarán con mayor detalle las diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la sintomatología postraumática, el crecimiento postraumático y las estrategias de afrontamiento.

Análisis psicométricos de los instrumentos

En la siguiente sección se presentan los estudios psicométricos del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandín & Chorot, 2003) y del Inventario de Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Para el análisis del CAE (Sandín & Chorot, 2003) se contabilizó una muestra de 359 participantes. En la Tabla 7 se presentan los valores obtenidos en el análisis de los ítems (en negrita los valores cuestionables). Como se observa se destacan varios ítems en donde la asimetría y curtosis fue mayor a 1 como plantean Nunnally y Bernstein (1995), así como los ítems que presentan una correlación ítem-test corregida inferior a .30 (Tornimbeni et al., 2008).

Tabla 7

Medias, Desvíos, Asimetría, Curtosis y Correlación ítem-test corregida del Cuestionario de Afrontamiento al estrés (N=359)

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis	Correlación ítem-test corregida
CAE1	2.95	0.89	-0.56	-0.18	.311
CAE2	0.96	0.92	0.91	0.71	.031
CAE3	2.59	0.97	-0.35	-0.43	.217
CAE4	1.78	1.03	0.08	-0.56	.166
CAE5	2.05	1.03	0.00	-0.49	.222
CAE6	2.43	1.18	-0.14	-1.09	.405
CAE7	0.66	1.15	1.68	1.72	.437
CAE8	2.01	1.09	-0.03	-0.67	.269
CAE9	0.54	0.77	1.56	2.63	.001
CAE10	2.69	0.97	-0.42	-0.47	.298
CAE11	1.05	0.97	0.68	-0.08	.164
CAE12	2.08	1.08	-0.17	-0.58	.168
CAE13	2.56	1.15	-0.36	-0.76	.440
CAE14	0.47	0.98	2.13	3.64	.399
CAE15	1.92	1.07	0.05	-0.76	.200
CAE16	1.88	0.93	0.07	0.01	.064
CAE17	2.93	0.90	-0.49	-0.35	.327
CAE18	1.24	1.01	0.64	-0.05	.122
CAE19	2.23	1.07	-0.16	-0.64	.304
CAE20	2.26	1.16	-0.07	-0.94	.518
CAE21	0.47	0.99	2.22	2.09	.435
CAE22	2.48	1.03	-0.36	-0.46	.303
CAE23	1.44	0.97	0.37	-0.14	.017
CAE24	2.49	0.90	-0.17	-0.05	.292
CAE25	0.59	0.86	1.41	1.40	.144
CAE26	1.77	0.98	0.16	-0.28	.202
CAE27	2.18	1.24	-0.10	-1.06	.419
CAE28	1.05	1.42	1.06	-0.35	.409
CAE29	2.34	0.99	-0.10	-0.52	.354
CAE30	1.10	0.95	0.70	0.12	.096
CAE31	2.18	1.14	-0.01	-0.69	.443
CAE32	1.84	0.98	0.26	-0.42	.180
CAE33	2.12	1.43	-0.09	-1.33	.110
CAE34	2.15	1.12	0.02	-0.87	.461
CAE35	1.02	1.40	1.10	-0.22	.401
CAE36	2.21	1.08	-0.18	-0.63	.321
CAE37	1.49	1.06	0.32	-0.56	.066
CAE38	2.30	1.00	-0.03	-0.58	.315
CAE39	2.17	1.15	-0.03	-0.93	.451
CAE40	1.51	1.19	0.49	-0.61	.177
CAE41	2.34	1.15	-0.07	-0.99	.552
CAE42	0.35	0.86	2.60	3.18	.370

Por su parte, el índice KMO resultó con un valor de .84, y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 889.8$; $gl = 45$; $p < .000$). Estos datos serían adecuados para realizar la factorización (Lloret-Segura et al., 2014).

En un primer momento se realizó un análisis factorial confirmatorio, replicando el modelo original de Sandín y Chorot (2003) el cual a su vez había sido replicado por Tomás et al. (2013). El ajuste se evaluó utilizando el método de estimación WLSMV (mínimos cuadrados ponderados robustos) con el modelo de siete factores con seis ítems cada uno. Los análisis de la muestra aquí presentada arrojaron los siguientes valores: $\chi^2/gl = 2.314$ ($p < .01$); CFI = .84, TLI = .83, RMSEA = .06 [.05-.06], SRMR = .08. Visto que el modelo no ajustaba óptimamente, en tanto presentaba problemas con los indicadores CFI y TLI, se ensayaron otras alternativas. Para ello se consideró la posibilidad de eliminar un ítem de cada factor, tomando en cuenta los ítems que presentaban problemas en asimetría y curtosis, así como aquellos cuya carga factorial fuera la más baja y que al eliminarse incrementara el índice de fiabilidad de Cronbach de la escala en más de .3 puntos (Morales Vallejo et al., 2003). Junto con estos criterios se analizó el impacto que podría tener la supresión de dichos reactivos en la validez de contenido apelando al criterio por jueces (Carretero-Dios & Pérez, 2007; Escurra-Mayaute, 1988). El argumento de que el ítem que se suprimía seguía estando presente en la redacción de los otros ítems de la sub-escala fue unánime.

Al considerar dichos elementos técnicos y a la luz de una lectura de los aspectos clínicos, se evaluó la posibilidad de eliminar los siguientes ítems: 6, 14, 16, 22, 33, 38, 39, cada uno de ellos correspondiente a una subescala distinta. En la Tabla 8 se puede observar la redacción de cada ítem del CAE, así como los estadísticos de fiabilidad de cada escala y los índices en caso de descartar el elemento. Se utilizó tanto el índice de fiabilidad de Alfa de Cronbach, así como el Omega de McDonald. Posteriormente se decidió probar una solución factorial descartando esos ítems por lo que cada subescala quedó conformada por 5 ítems.

Tabla 8

Índices de fiabilidad de cada escala del CAE y en caso de eliminarse el ítem.

Escala / ítems	Índice de confiabilidad si se elimina el ítem	
	α de Cronbach	ω de McDonald
Focalizado solución problema ($\alpha=.82/ \omega=.83$)		
CAE1 Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	.814	.825
CAE8 Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	.783	.794
CAE15 Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	.803	.812
CAE22 Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	.842	.845
CAE29 Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	.779	.789
CAE36 Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	.767	.775
Autofocalización negativa ($\alpha=.70/ \omega=.72$)		
CAE2 Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	.621	.642
CAE9 No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	.635	.654
CAE16 Comprendí que yo fui el principal causante del problema	.713	.732
CAE23 Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	.637	.666
CAE30 Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	.645	.673
CAE37 Me resigné a aceptar las cosas como eran	.700	.717
Reevaluación positiva ($\alpha=.72 / \omega=.73$)		
CAE3 Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	.676	.680
CAE10 Intenté sacar algo positivo del problema	.641	.644
CAE17 Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	.703	.720
CAE24 Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	.696	.716
CAE31 Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	.688	.710
CAE38 Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	.717	.735
Expresión emocional abierta ($\alpha=.70/ \omega=.74$)		
CAE4 Descargué mi mal humor con los demás	.639	.692

CAE11 Insulté a ciertas personas	.619	.661
CAE18 Me comporté de forma hostil con los demás	.658	.702
CAE25 Agredí a algunas personas	.648	.691
CAE32 Me irrité con alguna gente	.638	.686
CAE39 Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	.776	.779
Evitación ($\alpha=.67/\omega=.70$)		
CAE5 Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	.631	.666
CAE12 Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	.603	.655
CAE19 Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	.628	.685
CAE26 Procuré no pensar en el problema	.569	.598
CAE33 Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	.709	.721
CAE40 Intenté olvidarme de todo	.627	.662
Búsqueda de apoyo social ($\alpha=.92/\omega=.92$)		
CAE6 Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	.915	.915
CAE13 Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	.904	.905
CAE20 Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	.903	.904
CAE27 Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	.909	.910
CAE34 Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	.910	.911
CAE41 Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	.900	.901
Religión ($\alpha=.92/\omega=.93$)		
CAE7 Asistí a la Iglesia	.906	.917
CAE14 Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	.924	.934
CAE21 Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	.909	.918
CAE28 Tuve fe en que Dios remediaría la situación	.912	.922
CAE35 Recé	.907	.919
CAE42 Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	.915	.921

Al realizar el análisis factorial confirmatorio de esta alternativa se obtuvieron los siguientes índices de ajustes: $\chi^2/gl = 26.573$; CFI = .96, TLI = .95, RMSEA = .05, IC 95% [.05-.59], SRMR = .06.

Los índices de ajuste presentados parecen indicar un buen ajuste del modelo propuesto a los datos. El χ^2/gl , CFI, el TLI, el RMSEA y el SRMR están dentro de los rangos aceptables, lo que sugiere que el modelo es una buena representación de los datos observados.

Tal como se puede observar en la Tabla 9 las cargas factoriales estandarizadas de cada subescala presentan valores superiores a .40. Estas cargas factoriales son consideradas aceptables e indican que los ítems contribuyen de manera significativa al factor.

Tabla 9

Cargas factoriales estandarizadas de los ítems del Cuestionario de estrategias de afrontamiento (CAE)

	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Ítem 1	.66						
Ítem 8	.78						
Ítem 15	.67						
Ítem 29	.84						
Ítem 36	.86						
Ítem 2		.73					
Ítem 9		.82					
Ítem 23		.69					
Ítem 30		.56					
Ítem 37		.57					
Ítem 3			.77				
Ítem 10			.87				
Ítem 17			.60				
Ítem 24			.55				
Ítem 31			.46				
Ítem 4				.59			
Ítem 11				.78			
Ítem 18				.67			
Ítem 25				.73			
Ítem 32				.72			
Ítem 5					.44		
Ítem 12					.50		
Ítem 19					.40		
Ítem 26					.79		
Ítem 40					.83		
Ítem 13						.86	
Ítem 20						.89	

Ítem 27	.82	
Ítem 34	.83	
Ítem 41	.89	
Ítem 7		.91
Ítem 21		.94
Ítem 28		.95
Ítem 35		.95
Ítem 42		.95

Nota. FSP= Focalizado en la solución del problema, AFN=Autofocalización negativa, REP=Reevaluación positiva, EEA= Expresión emocional abierta, EVT=Evitación, BAS=Búsqueda de apoyo social, RLG=Religión.

En el análisis de correlaciones entre factores, que se presenta en la Tabla 10, se destaca que la mayoría de las correlaciones fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, no se hallaron correlaciones entre la estrategia de evitación y focalización en el problema; entre la estrategia de religión con autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación; así como en búsqueda de apoyo social con expresión emocional abierta y evitación.

Tabla 10

Correlaciones bivariadas entre factores del Cuestionario CAE

	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
FSP	-						
AFN	-.234***	-					
REP	.442***	.238***	-				
EEA	.179***	.343***	-.159**	-			
EVT	.087	.224***	.131*	.226***	-		
BAS	.242***	-.172**	.301***	.006	.047	-	
RLG	.121*	-.021	.185***	-.024	.061	.146**	-

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

FSP= Focalizado en la solución del problema, AFN=Autofocalización negativa, REP=Reevaluación positiva, EEA= Expresión emocional abierta, EVT=Evitación, BAS=Búsqueda de apoyo social, RLG=Religión.

Por último, se estudiaron los índices de fiabilidad α de Cronbach y el ω de McDonald de la versión reducida a 5 ítems por escala (Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017). Como se observa en la Tabla 11 los índices de confiabilidad revelaron un rango consistente y satisfactorio que osciló entre .709 y .924 en el α de Cronbach y entre .721 y .934 en el ω de McDonald. Estos valores indican un alto nivel de consistencia interna en las respuestas proporcionadas en el instrumento, lo que sugiere que las

preguntas o ítems evaluados en el instrumento tienen una relación positiva y coherente entre sí.

Tabla 11

Estadísticas de Fiabilidad del cuestionario CAE reducido a 5 ítems por subescala

	α de Cronbach	ω de McDonald
Focalización en la solución del problema	.842	.845
Autofocalización negativa	.713	.732
Reevaluación positiva	.717	.735
Expresión emocional abierta	.776	.779
Evitación	.709	.721
Búsqueda de apoyo social	.915	.915
Religión	.924	.934

Como se desprende de los análisis realizados, el cuestionario CAE (reducido) posee buenas propiedades para ser utilizado en población universitaria uruguaya.

Inventario de Crecimiento Postraumático

Para el análisis de esta escala sólo se tuvieron en cuenta aquellos protocolos completos en los que los participantes indicaron haber experimentado un evento traumático, lo cual resulta en una muestra de 330 protocolos. En la Tabla 12 se presentan los valores obtenidos para los análisis descriptivos de los ítems.

Tabla 12

Medias, Desvíos, Asimetría, Curtosis y Correlación ítem-test corregida del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) (N=330)

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis	Correlación ítem-test corregida
PTGI1	2.34	1.78	-0.03	-1.39	.66
PTGI2	2.68	1.73	-0.33	-1.17	.73
PTGI3	1.84	1.82	0.35	-1.41	.79
PTGI4	1.69	1.84	0.51	-1.28	.78
PTGI5	1.33	1.73	0.93	-0.64	.63
PTGI6	2.65	1.85	-0.22	-1.37	.75
PTGI7	1.67	1.83	0.56	-1.22	.82
PTGI8	1.93	1.81	0.30	-1.38	.81
PTGI9	1.85	1.81	0.45	-1.27	.77
PTGI10	2.26	1.79	0.01	-1.39	.76
PTGI11	2.01	1.85	0.24	-1.44	.85
PTGI12	2.03	1.72	0.22	-1.27	.82
PTGI13	2.13	1.79	0.11	-1.44	.82
PTGI14	1.51	1.75	0.71	-0.95	.77
PTGI15	2.22	1.88	0.10	-1.49	.77
PTGI16	2.10	1.84	0.13	-1.50	.82
PTGI17	2.26	1.84	0.02	-1.47	.80
PTGI18	0.83	1.47	1.67	1.50	.45
PTGI19	2.42	1.89	-0.02	-1.48	.77
PTGI20	2.13	1.87	0.15	-1.50	.84
PTGI21	2.23	1.77	0.08	-1.33	.78

Como se puede observar en la Tabla 12, se destacan los ítems en los que tanto la asimetría como la curtosis superaron el valor de 1, siguiendo la sugerencia de Nunnally y Bernstein (1995).

Con respecto al índice de adecuación muestral (KMO) arrojó un valor de .96, y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($\chi^2 = 6066.528$; $gl = 210$; $p < .000$). Siguiendo lo planteado por Lloret-Segura (2014) estos datos indicarían que sería adecuado someter los datos a un análisis factorial. Para el mismo se utilizó, siguiendo las recomendaciones de Lloret et al. (2017) el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados robustos (WLSMV). En primer lugar, se analizó la estructura factorial de la versión utilizada (García et al., 2013) que implicaba 3 factores correlacionados con un total de 21 ítems, pero esta no obtuvo buenos índices de ajuste ($\chi^2/gl = 914/186$, $p < .01$; CFI = .88, TLI = .87, RMSEA = .10, IC 95% [.10-.11], SRMR = .04), por lo que se optó por estudiar en esta muestra las diferentes estructuras presentes en la literatura (Tabla 13).

Tabla 13*Índices de Ajuste de los diferentes modelos de PTGI*

Modelo	χ^2 / gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Calhoun y Tedeschi (1996) – 5 factores	731/179	.97	.97	.03	.09 [.08 - .10]
Costa-Requena y Gil (2007) – Unifactorial 12 ítems	300/54	.93	.91	.03	.10 [.10-.13]
García et al. (2013) – 3 factores	914/186	.88	.87	.04	.10 [.10-.11]
Pajón et al. (2020) – 4 factores	457/84	.90	.88	.04	.11 [.10-.12]
Quezada-Berumen y González Ramírez (2020) – Unifactorial	999/189	.87	.85	.04	.11 [.10-.12)

Como se observa en la Tabla 13 de las distintas estructuras factoriales probadas se halló que la estructura original de 5 factores correlacionados fue la que obtuvo mejores índices de ajuste ($\chi^2/gl= 731/179$, $p < .01$; CFI = .97, TLI = .97, RMSEA = .09, IC 95% [.08-.10], SRMR = .03). Dado que la replicación del modelo original ha brindado buenos índices, y si bien el más débil fue el .09 de RMSEA de acuerdo a diferentes autores podría ser un valor válido (Chen et al., 2008; Hayduk & Glaser 2000; Steiger, 2000), se decidió mantener dicha estructura para los siguientes análisis.

Tal como se observa en la Tabla 14, las cargas factoriales presentan valores por encima de .70, lo cual indicaría una fuerte asociación entre el ítem y el factor específico planteado en el modelo factorial. Es decir que esa variable contribuye de manera sustancial a ese factor en particular.

Tabla 14

Cargas factoriales estandarizadas de los ítems del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI)

Ítems	F1	F2	F3	F4	F5
Ítem 6	.821				
Ítem 8	.878				
Ítem 9	.856				
Ítem 15	.843				
Ítem 20	.911				
Ítem 21	.862				
Ítem 3		.851			
Ítem 7		.897			
Ítem 11		.916			
Ítem 14		.850			
Ítem 17		.861			
Ítem 14			.868		
Ítem 10			.848		
Ítem 12			.896		
Ítem 19			.848		
Ítem 5				.923	
Ítem 18				.775	
Ítem 1					.795
Ítem 2					.676
Ítem 13					.941

Nota. F1: Relación con otros, F2: Apreciación por la vida, F3: Fuerza personal, F4: Cambio espiritual, F5: Nuevas posibilidades.

En el análisis de correlaciones entre factores (Tabla 15), se encontró que todas las correlaciones resultaron ser estadísticamente significativas y positivas. Este hallazgo refuerza la idea de que los factores subyacentes en el modelo están interconectados de manera coherente y que los datos respaldan consistentemente la existencia de relaciones positivas entre ellos.

Tabla 15

Correlaciones entre factores del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI)

	RO	AV	FP	CE	NP
Relación con otros	-				
Apreciación por la vida	.879***	-			
Fuerza personal	.846***	.878***	-		
Cambio espiritual	.545***	.875***	.523***	-	
Nuevas posibilidades	.778***	.570***	.744***	.513***	-

Nota. ***p < .001

En relación al análisis de fiabilidad se presentan en la Tabla 16 los valores hallados, encontrándose todos entre los rangos de .88 a .90 en el α de Cronbach, y entre .95 y .96 en el cálculo de ω de McDonald. Estos resultados señalan una sólida cohesión en las respuestas obtenidas en el PTGI, lo que implica que los ítems del instrumento poseen una relación positiva y coherente entre si, confirmando la consistencia interna del inventario.

Tabla 16

Índices de fiabilidad de las subescalas del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI)

Escala / ítems	Si se descarta el elemento	
	α de Cronbach	ω de McDonald
Relación con otros ($\alpha=.89/ \omega=.95$)		
PTGI 6	.91	.91
PTGI 8	.90	.91
PTGI 9	.91	.91
PTGI 15	.92	.92
PTGI 20	.90	.90
PTGI 21	.90	.90
Apreciación por la vida ($\alpha=.89/ \omega=.95$)		
PTGI 3	.89	.89
PTGI 7	.89	.89
PTGI 11	.88	.89
PTGI 14	.90	.91
PTGI 17	.91	.91
Fuerza personal ($\alpha=.88/ \omega=.95$)		
PTGI 4	.86	.87
PTGI 10	.84	.84
PTGI 12	.86	.86
PTGI 19	.87	.87
Cambio espiritual ($\alpha=.90/ \omega=.96$)		
PTGI 5	.76	*
PTGI 18	.55	*
Nuevas posibilidades ($\alpha=.89/ \omega=.95$)		
PTGI 1	.80	.80
PTGI 2	.73	.73
PTGI 13	.85	.85
Total	.96	.96

Nota. *No es posible calcularlo ya que la subescala solo posee dos ítems.

Relación y comparación entre las variables estudiadas

En el próximo apartado se presentan los resultados de la exploración de diferencias de medias y correlaciones entre las variables de interés, permitiendo dar respuesta a uno de los objetivos específicos de esta investigación. A través de la comparación de medias en relación al sexo, se identifican patrones significativos que puedan arrojar luz sobre posibles disparidades o tendencias clave entre hombres y mujeres. Además, al explorar las correlaciones, se obtiene información valiosa sobre cómo estas variables interactúan entre sí, lo que contribuye a una comprensión más profunda de la relación entre las variables estudiadas.

En primer lugar, se realizaron las pruebas de normalidad para las variables a estudiar (Tabla 17), encontrándose que los datos no poseen una distribución normal.

Tabla 17

Pruebas de normalidad de las variables estudiadas

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Z	Sig.*	W	Sig.*
Crecimiento Postraumático (CPT)	.083	.000	.946	.000
CPT Relación con otros	.088	.000	.933	.000
CPT Apreciación por la vida	.126	.000	.905	.000
CPT Fuerza Personal	.106	.000	.930	.000
CPT Cambio espiritual	.294	.000	.750	.000
CPT Nuevas posibilidades	.097	.000	.937	.000
Sintomatología postraumática (SPT)	.165	.000	.875	.000
CAE Focalización en el problema	.063	.006	.987	.009
CAE Afrontamiento Negativo	.116	.000	.960	.000
CAE Reevaluación Positiva	.087	.000	.983	.001
CAE Expresión emocional Abierta	.084	.000	.974	.000
CAE Evitación	.081	.000	.989	.027
CAE Búsqueda de Apoyo Social	.081	.000	.970	.000
CAE Religión	.256	.000	.712	.000

Nota. * Significación asintótica bilateral

Análisis de diferencias de medias

En primer lugar, se analizaron las diferencias de medias entre las variables estudiadas en relación al sexo. Al tratarse de datos que no tienen una distribución normal, se realizó la prueba *U* de Mann-Whitney.

Con respecto a la SPT, los resultados indican que existen diferencias significativas entre los sexos ($U = 10.034$; $Z = -3.946$; $p < .000$) siendo las mujeres quienes presentan mayor SPT, con un tamaño del efecto moderado ($d = .043$).

Por su parte los resultados del análisis de comparación de medias del CPT permiten rechazar la hipótesis nula. Es decir que se puede considerar que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al CPT ($U = 9860.5$; $Z = -2.196$; $p = .028$), siendo estas últimas quienes reportan mayor CPT, con un tamaño del efecto pequeño ($d = .025$).

Finalmente, con respecto a las estrategias de afrontamiento en relación al sexo se presentan los resultados en la Tabla 18.

Tabla 18

Diferencia de medias en sintomatología postraumática, crecimiento postraumático y estrategias de afrontamiento según sexo.

	Femenino <i>M (DE)</i>	Masculino <i>M (DE)</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.	<i>d</i>
SPT	5.62 (4.93)	3.65 (4.02)	10034.0	-3.946	.000	.043
CPT	45.25 (31.17)	37.22 (27.70)	9860.5	-2.196	.028	.025
FSP	11.24 (4.03)	11.78 (4.04)	14238.5	-1.292	.196	-
AFN	5.63 (3.21)	5.45 (3.00)	15184.5	-0.308	.758	-
REV	13.21 (3.44)	12.47 (3.23)	13606.5	-1.952	.051	-
EEA	6.68 (3.70)	6.28 (3.29)	14859.5	-6.470	.518	-
EVT	10.10 (3.72)	8.99 (3.46)	13022.5	-2.559	.010	.027
BAS	12.41 (5.10)	10.18 (4.67)	11526.0	-4.111	.000	.044
REL	4.29 (5.63)	2.51 (4.30)	12755.5	-3.012	.003	.030

Nota. FSP= Focalizado en la solución del problema, AFN=Autofocalización negativa, REP=Reevaluación positiva, EEA= Expresión emocional abierta, EVT=Evitación, BAS=Búsqueda de apoyo social, RLG=Religión.

Como se puede observar en la tabla anterior, solamente las estrategias de evitación, búsqueda de apoyo social y religión presentan diferencias significativas en el

análisis de la diferencia de medias, siendo las mujeres quienes presentarían una tendencia más alta en el uso de estas estrategias, con un efecto de tamaño entre pequeño y moderado.

Posteriormente se analizó si existían diferencias significativas en SPT y CPT y los eventos intencionales y no intencionales. En ambos casos se debe retener la hipótesis nula, es decir que no existen diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 19).

Tabla 19

Diferencia de medias en sintomatología postraumática y crecimiento postraumático en relación al tipo de evento indicado como más perturbador.

	Eventos intencionales M (DE)	Eventos no intencionales M (DE)	U	Z	Sig.
SPT	5.39 (4.8)	4.39 (4.4)	11995.0	-1.944	.052
CPT	40.2 (30.2)	43.5 (29.7)	12702.5	1.025	.305

Correlaciones entre las variables estudiadas

Dado que las variables no poseen una distribución normal, se optó por efectuar las correlaciones bivariadas con el coeficiente de *Rho* de Spearman, cuyos resultados se encuentran en la Tabla 20.

En la muestra total se observa una correlación significativa, positiva y moderada (.378) entre SPT y CPT, como se había planteado en las hipótesis de trabajo. Asimismo, todas las dimensiones del CPT correlacionan significativamente y en forma positiva con la SPT (valores entre .169 y .378).

Al analizar el CPT y las estrategias de afrontamiento se encuentra una correlación significativa, positiva y débil con autofocalización negativa (.114), reevaluación positiva (.279), evitación (.149) y religión (.113).

Cuando se discrimina por dimensión de CPT se halla que la estrategia de focalización en el problema y la expresión emocional abierta no correlacionan con ninguna dimensión ni con el total de CPT.

Por su parte la estrategia de reevaluación positiva correlaciona significativamente y de manera positiva con todas las dimensiones del CPT, en particular se destaca con la “relación con otros” (.268). Por otro lado, se halló la correlación positiva y significativa más fuerte entre la dimensión de CPT de “cambio espiritual” y la estrategia de uso de la

religión (.465). Estos hallazgos se discutirán en la siguiente sección de la Tesis. El lector puede referirse a la Tabla 20 para puntualizar en las diferentes correlaciones halladas.

Tabla 20

Correlaciones entre factores y total de Crecimiento Postraumático, sintomatología postraumática y subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, muestra total (n=359).

	CPT 1	CPT 2	CPT 3	CPT 4	CPT 5	Total CPT	Total SPT	CAE 1	CAE 2	CAE 3	CAE 4	CAE 5	CAE 6	CAE 7
CPT 1. Relación con otros	--													
CPT 2. Apreciación por la vida	.879**	--												
CPT 3. Fuerza Personal	.864**	.898**	--											
CPT 4. Cambio espiritual	.555**	.581**	.550**	--										
CPT 5. Nuevas posibilidades	.778**	.806**	.759**	.513**	--									
Total CPT	.953**	.956**	.936**	.644**	.872**	--								
Total SPT	.348**	.374**	.348**	.169**	.339**	.378**	--							
CAE 1. Focalizado en el problema	.073	.104	.107	.023	.098	.096	-.142**	--						
CAE 2. Autofocalización Negativa	.093	.135*	.118*	.110*	.059	.114*	.234**	-.234**	--					
CAE 3. Reevaluación Positiva	.268**	.226**	.244**	.153**	.263**	.279**	-.120*	.423**	-.228**	--				
CAE 4. Expresión Emocional Abierta	-.023	-.003	-.011	-.019	-.030	-.014	.113*	-.179**	.330**	-.209**	--			
CAE 5. Evitación	.174**	.134*	.114*	.047	.107	.149**	.147**	-.077	.224**	.112*	.196**	--		
CAE 6. Búsqueda de Apoyo Social	.197**	.053	.062	.025	.071	.110	-.018	.224**	-.172**	.311**	-.004	.047	--	
CAE 7. Religión	.065	.091	.069	.465**	.070	.113*	-.069	.102	-.015	.159**	-.048	.071	.096	--

Nota. * p < .05; ** p < .01

Al segmentar por sexo, se observan algunas particularidades en las correlaciones bivariadas (Tablas 21 y 22). En el caso de la correlación entre SPT y CPT, ambos grupos poseen una relación positiva y significativa, siendo las mujeres quienes presentan una correlación un poco más potente (.422) que los hombres (.269).

Con respecto a la submuestra de mujeres, la SPT presentó una correlación significativa y positiva con todas las subescalas del CPT, así como el total de la dimensión, en un rango entre .175 y .422. Con respecto a las dimensiones del CPT, la menor correlación con SPT se encontró en relación al “cambio espiritual” (.175) y la mayor en “apreciación por la vida” (.400).

En el caso de las estrategias de afrontamiento y su relación con el CPT, en las mujeres se obtuvo una sola correlación significativa y positiva con la dimensión global de CPT y la reevaluación positiva (.324). De hecho, esta última estrategia correlaciona positivamente con todas las subdimensiones del CPT en un rango entre .146 y .324. Por otra parte, la dimensión “cambio espiritual” y la estrategia de afrontamiento religioso fueron las variables que correlacionaron de manera más fuerte (.428)

Al analizar las correlaciones de SPT y CPT en la submuestra de hombres, se hallaron correlaciones significativas y positivas en un rango entre .220 y .307. A diferencia de las mujeres, en este subgrupo el “cambio espiritual” no correlacionó con la SPT. Por otra parte, la dimensión de CPT de “apreciación por la vida” fue la que obtuvo una correlación más potente (.307), pero menor a la obtenida por la muestra de mujeres.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se destaca la correlación entre la EA de religión y la dimensión de “cambio espiritual” (.492), así como la EA de búsqueda de apoyo social y la dimensión de “relaciones con otros” (.238). A diferencia de lo hallado en la submuestra femenina, en este grupo la estrategia de reevaluación positiva solo correlacionó de forma significativa y débil con las dimensiones de: “relación con otros” (.174), “fuerza personal” (.179).

Tabla 21

Correlaciones entre factores y total de Crecimiento Postraumático, sintomatología postraumática y subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, submuestra femenina (n=194).

	CPT 1	CPT 2	CPT 3	CPT 4	CPT 5	Total CPT	Total SPT	CAE 1	CAE 2	CAE 3	CAE 4	CAE 5	CAE 6	CAE 7
CPT 1. Relación con otros	--													
CPT 2. Apreciación por la vida	.882**	--												
CPT 3. Fuerza Personal	.885**	.916**	--											
CPT 4. Cambio espiritual	.544**	.549**	.554**	--										
CPT 5. Nuevas posibilidades	.800**	.839**	.789**	.499**	--									
Total CPT	.955**	.957**	.944**	.633**	.892**	--								
Total SPT	.371**	.400**	.386**	.175*	.355**	.422**	--							
CAE 1. Focalizado en el problema	.088	.157*	.097	.048	.156*	.115	-.069	--						
CAE 2. Autofocalización Negativa	.063	.080	.102	.114	.040	.081	.209**	-.256**	--					
CAE 3. Reevaluación Positiva	.314**	.298**	.278**	.146*	.314**	.324**	-.091	.417**	-.247**	--				
CAE 4. Expresión Emocional Abierta	-.143*	-.136	-.122	-.119	-.162*	-.142	.091	-.242**	.373**	-.284**	--			
CAE 5. Evitación	.136	.077	.057	.013	.060	.107	.051	-.034	.187**	.183**	.108	--		
CAE 6. Búsqueda de Apoyo Social	.146*	-.010	-.005	-.039	.019	.042	-.062	.198**	-.206**	.312**	-.084	.042	--	
CAE 7. Religión	.001	.000	-.003	.428**	-.012	.036	-.159*	.108	-.034	.165*	-.137*	.058	.092	--

Nota. * p < .05; ** p < .01 En negrita se indican las correlaciones significativas entre las variables de interés.

Tabla 22

Correlaciones entre factores y total de Crecimiento Postraumático. sintomatología postraumática y subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento. submuestra masculina (n=133).

	CPT 1	CPT 2	CPT 3	CPT 4	CPT 5	Total CPT	Total SPT	CAE 1	CAE 2	CAE 3	CAE 4	CAE 5	CAE 6	CAE 7
CPT 1. Relación con otros	--													
CPT 2. Apreciación por la vida	.861**	--												
CPT 3. Fuerza Personal	.795**	.860**	--											
CPT 4. Cambio espiritual	.534**	.620**	.536**	--										
CPT 5. Nuevas posibilidades	.705**	.731**	.687**	.484**	--									
Total CPT	.937**	.951**	.906**	.638**	.811**	--								
Total SPT	.266**	.307**	.260**	.075	.220*	.269**	--							
CAE 1. Focalizado en el problema	.087	.047	.155	-.005	.037	.106	-.218*	--						
CAE 2. Autofocalización Negativa	.124	.207*	.120	.096	.058	.128	.293**	-.205*	--					
CAE 3. Reevaluación Positiva	.174*	.083	.179*	.132	.159	.184*	-.212*	.453**	-.192*	--				
CAE 4. Expresión Emocional Abierta	.141	.183*	.141	.129	.160	.152	.137	-.092	.259**	-.095	--			
CAE 5. Evitación	.193*	.207*	.179*	.056	.139	.179*	.246**	-.122	.287**	-.050	.354**	--		
CAE 6. Búsqueda de Apoyo Social	.238**	.120	.140	.051	.081	.173	-.075	.342**	-.136	.280**	.120	-.027	--	
CAE 7. Religión	.123	.216*	.186*	.492**	.151	.201*	-.018	.134	-.009	.078	.063	.021	.043	--

Nota. * p < .05; ** p < .01

Análisis de variables predictoras del Crecimiento Postraumático

Con el fin de llevar adelante el último objetivo propuesto de analizar la capacidad predictiva del sexo, el tipo de evento, la sintomatología postraumática y el afrontamiento sobre el crecimiento postraumático, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple jerárquica. Mediante este tipo de estudio, es posible evaluar cómo diferentes grupos de variables contribuyen a explicar la varianza en pasos secuenciales. En cada uno de los pasos, se evalúa cuánta varianza es explicada por las variables que se van introduciendo, una vez que se ha tenido en cuenta la influencia explicativa de las variables previamente incorporadas (Petrocelli, 2003). Este análisis resulta relevante para entender el aporte conjunto en variables tan complejas como es el caso del constructo de CPT.

Análisis de regresión lineal múltiple jerárquica

En primer lugar, para poder realizar los estudios de regresiones se analizaron los supuestos del Teorema de Gauss-Márkov: linealidad de la relación entre las variables independientes y la variable dependiente, la independencia de los errores, la homocedasticidad de los errores (varianza constante), la normalidad de errores, ausencia de *outliers*, así como la ausencia de multicolinealidad para cada una de las variables predictoras. Además, dado que el método de estimación era paramétrico y muchas de las variables bajo estudio no se distribuían normalmente, se calculó un remuestreo con un *bootstrap* de 1000 muestras aleatorias para verificar si los resultados se sostenían. En el análisis de residuos no se detectó ningún caso que en términos de desviaciones típicas se alejara más allá del rango [-3, +3]. Se realizó la inspección del diagrama de dispersión y del histograma de los residuos estandarizados para asegurar el cumplimiento de linealidad, homocedasticidad y normalidad. Asimismo, el valor estadístico de Durbin-Watson (DW) se situó en 1.870, lo que permite concluir que los residuos son independientes. En todos los casos se analizó que se cumpliera el supuesto de no colinealidad entre las variables, arrojando valores de inflación de la varianza (FIV) de entre 1.000 y 1.424, los cuales son valores aceptables. Estos hallazgos consolidan la validez de los supuestos en el análisis de regresión.

En la planificación del modelo de regresiones, las variables predictoras fueron ingresadas siguiendo el criterio del modelo teórico (Tedeschi et al., 2018), en donde las diferencias de sexo se encuentran en primer lugar, posteriormente hace referencia al evento traumático en sí mismo para finalmente mencionar la sintomatología postraumática y las estrategias de afrontamiento. Es así que, en el modelo de regresiones se ingresó en el primer bloque la variable sexo (1 = femenino, 2 = masculino) y tipo de evento (1 = intencional, 2 = no intencional), en el segundo paso la sintomatología postraumática (bloque 2) y finalmente las estrategias de afrontamiento en el bloque 3.

Como se puede observar en la Tabla 24 a nivel global todos los modelos de regresiones resultaron estadísticamente significativos ($p < .05$). El modelo 1 explicaba el 1.4% de la varianza del crecimiento postraumático y el único predictor estadísticamente significativo era el sexo, el cual predecía un incremento en la variable criterio. Se encontró asociada al CPT, específicamente siendo las mujeres quienes presentan más crecimiento ($\beta = -.12$, $p = .040$). El modelo explicaba una varianza de $R^2 = .014$. $F(2, 300) = 3.04$, $p = .040$, con un $B = -7.33$, $[-14.15, -.50]$. Esto indicaría que las mujeres tienen en promedio 7.33 unidades más de CPT que los hombres, en tanto el tipo de evento no parecía aportar a la explicación con un $\beta = -.07$ ($p = .182$).

En el segundo modelo que agrega la sintomatología postraumática la varianza explicada era del 12.4% ($R^2 = .124$) y los predictores individuales con significancia estadística eran dos. Por un lado, que el tipo de evento fuera intencional predecía una disminución en el crecimiento postraumático y en la sintomatología postraumática predecía un aumento. La inclusión de la SPT, en el paso 2, supuso un incremento en la varianza explicada del CPT ($\Delta R^2 = .113$, $F(3, 299) = 15.25$, $p < .001$). El tipo de evento tuvo un peso de $\beta = -.10$ ($p = .046$) siendo que aquellos que reportaron eventos no intencionales tuvieron en promedio 6.5 más unidades de CPT que aquellos que reportaron un evento intencional ($B = 6.50$, $[.12, 12.88]$). Asimismo, la SPT fue la variable con mayor aporte a la explicación del CPT ($\beta = .34$, $p < .001$). En conjunto con SPT y tipo de evento, la variable de sexo dejó de ser significativa con un $\beta = .05$ ($p = .356$).

Tabla 23

Regresión lineal múltiple jerárquica: predicción del crecimiento postraumático mediante el sexo, el tipo de evento, la sintomatología postraumática y las estrategias de afrontamiento.

	R^2	ΔR^2	F	B (IC:95%)	β	t	FIV
Paso 1: Variables Base	.014	-	3.04 (2. 300) *				
Sexo (dummy, probabilidad de ser mujer)				-7.33 [-14.15, -.50]	.12	-2.06	1.000
Tipo de evento traumático (dummy, probabilidad de que sea intencional)				4.58 [-2.15, 11.31]	-.07	1.38	1.000
Paso 2: Sintomatología postraumática	.124	.113**	15.26(3. 299) ***				
Sexo (dummy, probabilidad de ser mujer)				-3.08 [-9.65, 3.48]	.05	-.92	1.045
Tipo de evento (dummy, probabilidad de que sea intencional)				6.50 [.12, 12.88]	-.10*	.37	1.010
Sintomatología postraumática				2.22 [1.52, 2.93]	.34***	6.87	1.054
Paso 3: Afrontamiento	.241	.134**	10.63(10. 292) ***				
Sexo (dummy, probabilidad de ser mujer)				1.33 [-5.14, 7.80]	-.02	.40	1.174
Tipo de evento (dummy, probabilidad de que sea intencional)				8.07 [2.09, 14.05]	-.13**	2.65	1.027
Sintomatología postraumática				2.55 [1.85, 3.25]	.39***	7.17	1.209
Focalización en el problema				0.02 [-.75, .93]	.00	.06	1.324
Autofocalización negativa				0.57 [-.54, 1.65]	.06	1.04	1.371
Expresión emocional				2.77 [1.67, 3.75]	-.06	5.28	1.424

Evitación	-.55 [-1.37, .50]	.07	-1.16	1.253
Búsqueda de apoyo social	.60 [-.30, 1.43]	.04	1.37	1.190
Reevaluación positiva	.28 [-.40, .88]	.31***	.87	1.215
Religión	.36 [-.22, .97]	.26	1.20	1.088

Nota. ** $p < .001$; * $p < .01$; * $p < .05$

En el último modelo de regresiones, que incluye todas las estrategias de afrontamiento, la varianza explicada del CPT fue del 24.1%. Los predictores individuales fueron solo tres, La intencionalidad del evento predecía una disminución en el crecimiento postraumático, la sintomatología postraumática predecía un incremento y el afrontamiento de tipo reevaluación positiva predecía un incremento en la presencia de crecimiento postraumático. En todos los casos la diferencia en el R^2 resultó ser estadísticamente significativa ($p < .05$) por lo que se puede concluir que las variables incluidas incrementaban significativamente la varianza explicada del criterio que se busca predecir. Cuando se introdujeron las estrategias de afrontamiento, en el paso 3, el modelo resultó estadísticamente significativo con un aumento relevante de la varianza, explicando un 24% de la misma ($R^2 = .24$, $\Delta R^2 = .13$, $F_{(10, 292)} = 10.63$, $p < .001$). En este modelo, la SPT siguió siendo la variable más relevante en la explicación del CPT ($\beta = .39$, $p < .001$), así como el evento no intencional ($\beta = -.13$, $p = .008$) y dentro de las estrategias de afrontamiento, solo la estrategia de re-evaluación positiva resultó ser un predictor significativo ($\beta = .31$, $p < .001$).

En cada uno de los pasos del modelo de regresiones se fue demostrando un incremento en la varianza explicada. Al incluir todas las variables, la SPT, el tipo de evento no intencional y la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento son las variables predictoras que explican mayormente el desarrollo de CPT.

Los resultados aquí presentados constituyen los aspectos fundamentales que se buscaron abordar en esta investigación. En el siguiente capítulo se buscará una comprensión más profunda del tema de estudio al discutir estos hallazgos a la luz de la literatura sobre el tema.

Capítulo 6

Discusión de los Resultados

En este capítulo se expondrán y analizarán en detalle los resultados presentados en el apartado anterior. Aquí se profundizará en la búsqueda de respuestas a las interrogantes que han guiado la investigación, así como la relevancia y limitaciones de la misma junto con algunas cuestiones que han surgido durante el estudio.

Discusión de los resultados de los análisis psicométricos

El primer objetivo planteado en esta tesis consistió en el análisis psicométrico de las escalas utilizadas: el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandín & Chorot, 2003) y el Inventario de Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1996, en la versión de García et al., 2013).

Este procedimiento es sustancial, tanto para evaluar la confiabilidad y la estructura interna de las medidas utilizadas antes de interpretar los resultados de los análisis realizados, como para estudiar la adecuación de la técnica en un contexto diferente para el que originalmente se desarrolló (Carretero-Dios & Pérez, 2007).

Si bien en esta oportunidad no se tuvo como objetivo la adaptación a la población uruguaya, se buscó analizar la calidad de su estructura interna y su confiabilidad, así como comprobar la pertinencia para utilizarla en los estudios planteados en este trabajo. Para el análisis psicométrico se siguieron los lineamientos planteados por Carretero-Dios y Pérez (2005, 2007): análisis de los ítems, análisis de la estructura interna y análisis de la confiabilidad. Resta para futuros estudios realizar la adaptación completa de las técnicas incluyendo validez de constructo, convergente y divergente utilizando otros tests o escalas que evalúen el mismo rasgo (Morales Vallejo et al., 2003).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés

Dado que el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandín & Chorot, 2003) fue construido en su origen en español, se contó con el beneficio de que no era necesario un proceso de traducción y retro-traducción.

Con una muestra de 359 participantes se logra una buena adecuación del tamaño muestral con un promedio de 8 participantes por ítem, siguiendo las recomendaciones de Carretero-Dios y Pérez (2005), Martínez-Arias (1995) y Morales Vallejo et al. (2003) quienes sugieren entre 5 y 10 participantes por cada ítem.

En lo que refiere al análisis de los ítems la mayoría de ellos muestran adecuados niveles de asimetría, la mayoría menores a 1, lo que seguiría el criterio planteado por Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010), solamente los ítems 14, 21 y 42 (pertenecientes a la subescala religión) presentaron valores superiores a 2, también considerados aceptables (Bandalos & Finney, 2010) y no se halló ningún valor que superara el $-/+3$ considerado principalmente problemáticos (Kline, 2005). Con respecto a la curtosis solo los ítems 14 y 42 superaron el valor 3 y de todos modos aún lejano a valores extremos que indicarían serios problemas (Kline, 2005).

Al tratarse del primer estudio con este instrumento en población universitaria uruguaya, de que se tenga conocimiento, no existen antecedentes del comportamiento pormenorizado de los ítems. Por lo que esta primera aproximación resulta de interés para continuar avanzando en su implementación adaptada a futuro y observar el funcionamiento específico de cada ítem en la escala, así como poder analizar sus particularidades.

Se decidió realizar un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) ya que como plantean Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) se tenía previamente las hipótesis sobre la cantidad de factores, el patrón de relación entre los reactivos y los factores, y las relaciones entre los factores. Se contaba con esta información ya que la técnica había sido replicada posteriormente al desarrollo de Sandín y Charot (2003) en las investigaciones de González y Landero (2007), Quezada-Berúmen et al. (2018) y Tomás et al. (2013).

Al momento de realizar la factorización no se logró un ajuste óptimo ($\chi^2/gl = 26.57$ ($p < .01$); CFI = .84, TLI = .83, RMSEA = .06, IC 95% [.05-.06], SRMR = .08) como había ocurrido en otros estudios como el de González y Landero (2007) o de Tomás et al. (2013), por lo que se probó otra estructura factorial considerando criterios técnicos y teóricos. Dado que es una escala conformada por 7 dimensiones de 6 ítems cada uno, resultando en un total de 42 ítems, se decidió probar una nueva estructura eliminando los ítems que tuvieran menor carga factorial y que su eliminación incrementara el índice de fiabilidad de Cronbach de la escala en más de .3 puntos (Morales Vallejo et al., 2003). Junto con estos criterios técnicos también se consideraron criterios de coherencia teórica.

Es así que, se eliminó 1 ítem de cada escala, resultando en 7 dimensiones de 5 ítems cada una. Los ítems eliminados fueron: i) ítem 6: “le conté a familiares o amigos cómo me sentía”, ii) ítem 14: “Pedí ayuda espiritual a algún religioso”, iii) ítem 16: “Comprendí que yo fui el principal causante del problema”, iv) ítem 22: “Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema”, v) ítem 33: “Practiqué algún deporte para olvidarme del problema”, vi) ítem 38: “Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor”, vii) ítem 39: “Luché y me desahugué expresando mis sentimientos”. Con la eliminación de estos ítems se obtuvo unos muy buenos índices de ajuste en la estructura factorial ($\chi^2/gl = 26.57, p < .01$; CFI = .96, TLI = .95, RMSEA = .05, CI 95% [.05-.59], SRMR = .06) con una estructura de 7 factores conformados por 5 ítems. Aunque esta versión abreviada en particular no se encontró en investigaciones previas, es importante señalar que en el estudio de González y Landero (2006) se excluyeron estos mismos elementos, entre otros.

Con respecto al análisis de fiabilidad, si se siguen los puntos de corte propuestos por Hair et al. (2020), se encuentran valores entre buenos y excelentes para el Alfa de Cronbach (.71 y .92) y para el Omega de McDonald (.72 y .93). Este resultado indica que los constructos que evalúa el CAE son medidos adecuadamente, con resultados similares a los obtenidos en la escala original (Sandín & Chorot, 2003).

En cuanto a la correlación entre las subescalas del CAE, se hallaron correlaciones positivas entre débiles y moderadas (.121 y .442) en la mayoría de las subescalas. Esto refleja la asociación que existe entre ellas. Principalmente se destaca la relación entre las subescalas reevaluación positiva (REP) y focalización en la solución del problema (FSP) (Rho = .442, $p < .001$), en autofocalización negativa (AFN) y expresión emocional abierta (EEA) (Rho = .343, $p < .001$) y en las subescalas de reevaluación positiva (REP) y búsqueda de apoyo social (BAS) (Rho = .301, $p < .001$).

Asimismo, se encontraron dos asociaciones negativas y débiles entre autofocalización negativa y focalización en la solución del problema (Rho = -.234, $p < .001$), y entre autofocalización negativa y búsqueda de apoyo social (Rho = -.172, $p < .001$). Estas relaciones son consistentes con lo planteado teóricamente por Sandín y Chorot (2003) que sugieren que las estrategias de afrontamiento se pueden agrupar ya sea basadas en la emoción o en la focalización del problema. Entonces, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo social y la focalización en la solución del problema estarían haciendo referencia a un factor común de estrategias focalizadas en la solución

del problema. Las primeras dos implican tanto el afrontamiento racional, como una evaluación cognitiva, en tanto la BAS es considerada una estrategia mixta (centrada en la resolución del problema, así como centrada en la emoción). De igual manera las estrategias de AFN y EEA corresponderían ambas a estrategias centradas en la emoción, por lo que la correlación hallada entre ambas mantiene la consistencia teórica.

Por otra parte, se entiende que la estrategia de autofocalización negativa (AFN) y la de focalización en la solución del problema (FSP) posean una correlación negativa, ya que formarían parte de dos estilos de afrontamiento diferentes. Como se desarrolló en el marco teórico, el empleo de diferentes estrategias de afrontamiento no es excluyente (Lazarus, 2000; Sandín, 2003), lo que implica que la misma persona puede utilizar distintas estrategias frente a diversos estímulos. De todos modos, se pueden encontrar tendencias habituales de afrontamiento, ya sea en la utilización primordialmente de estrategias centradas en la emoción o centradas en la resolución de problemas.

De todos modos, resulta interesante que no se hallara ningún tipo de correlación significativa entre algunas subescalas como por ejemplo EVT y FSP, o EVT y BAS, ya que desde la teoría se pensaría que poseería una correlación negativa. De igual manera en el caso de EEA y BAS. La falta de correlaciones significativas entre los factores de un mismo cuestionario podría sugerir que se trata de factores independientes o que tienen una relación muy débil entre sí en el contexto de las respuestas proporcionadas por los participantes.

En el caso de la estrategia de utilización de la religión, los autores la planteaban como estrategia mixta, es decir con un uso tanto centrado en la emoción como en la resolución de problemas. En los resultados de esta investigación RLG correlaciona con FSP, REP y BAS, es decir principalmente estrategias centradas en la evaluación cognitiva y resolución de problemas. Lo cual implicaría una relación más estrecha específicamente con las estrategias focalizadas en la solución del problema.

Tomando los resultados antes mencionados en conjunto, se puede afirmar que el instrumento de Sandín y Chorot (2003) en la versión desarrollada aquí posee adecuadas propiedades psicométricas con la estructura factorial hallada en este estudio. Es decir, es una técnica válida y fiable para ser aplicada en universitarios uruguayos.

Inventario de Crecimiento Postraumático

En este estudio se utilizó la versión del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996) validada en Chile por García et al. (2013). Se obtuvieron 330 protocolos que son de quienes reportaron haber tenido algún evento traumático, a la vez que, solo se consideraron los que estaban completos. Se puede afirmar que se posee un adecuado tamaño muestral, con un promedio de 15 participantes por ítem, por lo que se superan de hecho las recomendaciones de Carretero-Dios y Pérez (2005), Martínez-Arias (1995) y Morales Vallejo et al. (2003), quienes plantean como adecuado entre 5 y 10 participantes por ítem.

En el análisis descriptivo de los ítems se analizó la media, desvío típico, asimetría y curtosis. De los 21 ítems, el 18 que refiere a “Tengo más fe religiosa” fue el que obtuvo los descriptivos más cuestionables. Presenta una media que se encuentra muy alejada del valor medio del cuestionario ($M = 0.83$), así como una asimetría de 1.67. De todos modos, diferentes autores plantean como válidos los valores de ± 2 (Bandalos & Finney, 2010), siendo cuestionables los valores mayores a ± 3 (Kline, 2005), por lo que se toma la decisión de dejarlo.

En relación al ítem 18, que forma parte de la subescala de Cambio Espiritual, Joseph (2011) ha planteado que los ítems que abordan la religión y espiritualidad pueden generar confusión en las mediciones del crecimiento postraumático, en tanto puede verse influido por contextos socio-culturales. A pesar de los elementos descriptivos anteriormente mencionados, el ítem 18 posee una adecuada carga factorial y su eliminación no mejoraba los índices de fiabilidad de la escala total. Con respecto a los otros ítems, todos poseen una asimetría que se encuentra entre -1 y + 1, lo que supone valores aceptables. Asimismo, en relación a la media y los desvíos típicos de los ítems, todos poseen un *DE* superior a 1 y las medias de la mayoría de los ítems se encuentran cercanas al punto medio de la escala (2.5), salvo los ítems 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14 y 18 que poseen una media inferior a 2, pero de todos modos dentro de un desvío típico.

Si bien se estudió la estructura factorial de la versión utilizada (García et al., 2013) que implicaba 3 factores correlacionados con un total de 21 ítems, esta no obtuvo buenos índices de ajuste. Dado que no existe consenso en la literatura sobre la estructura factorial del inventario, se decidió estudiar las diferentes soluciones factoriales reportadas. En esta muestra se encontró que la estructura original presentaba los mejores índices de ajuste. Se encontraron entre los 5 factores correlaciones significativas positivas entre moderadas

y altas, siendo la mínima $Rho = .523$ ($p < .001$) entre Fuerza Personal y Cambio espiritual; y las más elevadas entre Apreciación por la vida y Relación con otros ($Rho = .879$, $p < .001$), Apreciación por la vida y Fuerza Personal ($Rho = .878$, $p < .001$) y Apreciación por la vida y Cambio espiritual ($Rho = .875$, $p < .001$). Si bien se encontró un ajuste robusto para los 5 factores, las fuertes correlaciones entre las subescalas sugieren que el concepto de crecimiento postraumático podría ser considerado una entidad global. No en vano en la literatura se han hallado soluciones factoriales variadas, desde unidimensionales (Costa-Requena & Gil, 2007; Quezada-Berúmen & González Ramírez, 2020), hasta trifactoriales (Arias et al., 2017; García et al., 2013; Garrido-Hernándais et al., 2017; Leiva-Bianchi & Araneda, 2014; Penagós et al., 2020; Rodríguez-Rey et al., 2016), así como estructuras con 4 factores (Pajón et al., 2020). Dada la diversidad de soluciones factoriales halladas, podría pensarse que es una escala sensible a diferencias socio-culturales. Otra posibilidad sería considerar si estas diferencias se pueden deber a las características del evento traumático en los que se evaluó, ya que se utilizaron muestras no comparables. De hecho, en la construcción del instrumento de Tedeschi y Calhoun (1996) la muestra estuvo constituida por estudiantes universitarios, en tanto en el estudio de Arias et al. (2017) fue realizado con sobrevivientes de terremotos y la investigación de Esparza-Baigorri et al. (2016) estuvo conformada por pacientes con cáncer de mama. También se encuentran estudios factoriales con víctimas de violencia en la infancia (Pajón et al., 2020), con personas con HIV positivo (Garrido-Hernándais et al., 2017), con padres de niños hospitalizados (Rodríguez-Rey et al., 2016) e incluso con una población con variados eventos traumáticos reportados (Quezada-Berúmen & González Ramírez, 2020).

Es interesante que, en el caso de la investigación aquí presentada, realizada con estudiantes universitarios, se obtuvo la misma estructura, aunque en otra cultura, que en la versión original también conformada por estudiantes de pregrado.

La multiplicidad de soluciones factoriales que se han mencionado podrían reforzar la idea que el PTGI evaluaría el constructo de crecimiento postraumático en forma global, no siendo tan absoluta la discriminación entre las 5 dimensiones. De hecho, la escala total obtiene unos índices de fiabilidad de .96 tanto en el Omega de McDonald, como en el Alfa de Cronbach. Es importante considerar que no todos los estudios mencionados previamente reportan las correlaciones entre las subescalas, lo que vuelve incierto si se ha tenido esto en cuenta al momento del análisis. En lo que refiere a este estudio se destaca

la presencia de correlaciones significativas y positivas entre los factores del PTGI lo que subraya la cohesión y la coherencia del conjunto de ítems analizados, así como la interconexión de los factores, proporcionando un sólido fundamento para la interpretación de la estructura del modelo factorial. Se puede afirmar que el instrumento posee una adecuada consistencia interna.

Todos los resultados mencionados permiten contemplar el empleo del Inventario de Crecimiento Postraumático en población universitaria uruguaya y continuar con los siguientes estudios.

Análisis de las características de la muestra y relación entre las variables estudiadas

Como se observa en la literatura (Barton et al., 2013; Boykin et al., 2020; Grad & Zeligman, 2017; Shigemoto et al., 2017) existe amplia investigación en población universitaria. Aún sin tratarse específicamente de población clínica, las muestras universitarias han demostrado ser de mucha utilidad para la evaluación de constructos como el CPT y la SPT (Lindstrom et al., 2013; Maldonado et al., 2014; Shakespeare-Finch & Barrington, 2012; Shigemoto & Poyrazli, 2013; Silverstein et al., 2018). De hecho, en este estudio el 98.6% manifestó haber sufrido algún evento traumático en los últimos 5 años. Dentro de los más frecuentes se encuentra el sufrir un siniestro de tránsito, lo cual es consistente dada las estadísticas viales del Uruguay. De acuerdo a la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV) en su último reporte anual de siniestralidad en Uruguay, se habían registrado 25.164 personas lesionadas en siniestros de tránsito solamente durante 2022, con una tasa de siniestralidad de 71.1 cada 10.000 vehículos (UNASEV, 2022). Junto con este tipo de evento, se remarcaron el sufrir un robo, presenciar un robo, sufrir una agresión de terceros y la muerte de un familiar. De acuerdo a las últimas estadísticas del país no resulta llamativo que dentro de los eventos más frecuentemente reportados por la muestra se encontrara el robo y la agresión. Según las estadísticas proporcionadas por el Ministerio del Interior de Uruguay (2023) en los últimos diez años se observa una tasa mínima de rapiñas de 524.2 en 2013 hasta 658.6 en 2022 por cada 100,000 habitantes y una tasa de hurtos que ha variado de 2949.1 por cada 100.000 habitantes en 2013 a 3259.8 en 2022. A su vez esto condice con la encuesta a adolescentes de Montevideo que refiere Musto (2022), en donde se observó que aproximadamente una cuarta parte de los participantes (el 24.6 %) había experimentado al menos uno de los tres tipos de violencia evaluados durante los 12 meses anteriores a la

encuesta. La forma más frecuente de delito reportada fue el robo (17.9%), seguido por la agresión (11%) y, en último lugar, el abuso sexual violento (1.4 %) (Musto, 2022). Estos resultados coinciden con la frecuencia reportada por los participantes de la muestra.

Al diferenciar por sexo, se observa que los hombres reportan mayores porcentajes en la mayoría de los eventos traumáticos, excepto en aquellos de características sexuales. En particular las mujeres destacan mayor cantidad de eventos vinculados a abuso sexual, acoso sexual y violación. Estos resultados son coincidentes con lo planteado por Goldstein et al. (2016) y Benjet et al. (2016) en relación a la diferencia de los eventos traumáticos más habituales entre hombres y mujeres. Por otra parte, en el reporte de Musto (2022) para Uruguay, no se encontró esta distinción, sino por el contrario, el 1.5% de los varones reportó haber sufrido un abuso sexual grave, contra el 1.4% de las mujeres. De todos modos, resultan diferencias mínimas entre los sexos.

Otro aspecto interesante para subrayar es que casi la mitad de los encuestados (44.1%) indicaron haber sufrido entre 2 y 3 eventos traumáticos destacados a lo largo de su vida y un 30.6% indicaron entre 4, 5 y 6 eventos. Esto va en la línea de lo planteado por Breslau et al. (1991) quienes refieren una prevalencia del 40% de experiencias traumáticas en jóvenes de entre 21 a 30 años. En esta investigación el 98.6% de la muestra manifiesta haber experimentado por lo menos un evento adverso y se halló un promedio de 3.25 experiencias traumáticas reportadas. Esto resulta interesante considerando la juventud de la muestra ($M = 23.6$, $DE = 5.8$) y lo mencionado por Kessler et al. (2017) quienes plantean que las personas sufren tres eventos traumáticos, en promedio, a lo largo de sus vidas.

Por otra parte, al agrupar los eventos en tanto intencionales o accidentales (no intencionales), el 53.3% consideró más traumático un evento accidental (muerte de un familiar, accidente vial, diagnóstico de enfermedad, etc.).

Al analizar si existían diferencias en el desarrollo de SPT o CPT en tanto el evento traumático fuera intencional o accidental, en contraste con hallazgos anteriores (Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010), no se encontraron diferencias significativas. Es decir que la agrupación en dichas categorías no reportaría diferencias en el desarrollo de CPT o SPT por lo que habría que considerar otras variables que pudieran influir. Esto resultó llamativo, ya que en los estudios que han realizado estas distinciones destacan como más plausibles de desarrollar sintomatología postraumática aquellos eventos

intencionales, es decir infringidos por otro ser humano (Chung & Breslau, 2008; Forbes et al., 2014; Huang et al., 2017; Kilpatrick et al., 2013). Sin embargo, los resultados encontrados en esta investigación se encontrarían más alineados con lo planteado por Thomas et al. (2021) donde las distinciones entre eventos interpersonales o no interpersonales no mostraron diferencias significativas en el desarrollo de SPT y CPT. Dichos resultados vuelven a perfilar la interrogante sobre el nivel de estrés que debe ser generado para que ocurra el crecimiento. Es decir, que quizás no sea tanto la naturaleza del evento en sí, sino la medida exacta de exposición a dicho evento y del nivel de angustia y estrés que se genera en ese momento específico.

Si bien en los desarrollos teóricos del modelo de Tedeschi y Calhoun (2004) ampliado en 2018 (Tedeschi et al., 2018) se hace hincapié en la necesidad de que el evento adverso impacte y genere malestar, la literatura actual (Thomas et al., 2021) no ha llegado a definir cuál sería exactamente la cantidad de exposición necesaria que permita desencadenar el proceso de crecimiento. De acuerdo a Arredondo y Caparrós (2020) particularmente en los eventos traumáticos intencionales, las propias víctimas tienden a culparse por lo sucedido y este podría ser un factor que influiría en el desarrollo de SPT y posterior CPT.

En el análisis de la sintomatología postraumática (SPT) y de acuerdo al objetivo de investigar si existen diferencias en las variables en función del sexo, se observó que las mujeres presentaban mayor sintomatología en relación a los hombres. Si bien no es posible contrastar estos resultados con la prevalencia a nivel país, ya que no existen registros epidemiológicos, se puede considerar que la muestra presenta resultados similares a nivel internacional (Kesnold et al., 2019; Rzeszutek et al., 2016; Shand et al., 2015). Esta diferencia en la presencia de SPT de acuerdo al sexo, si bien presente en otros contextos socioculturales, no cuenta con una explicación sencilla. Las mismas se han encontrado en diversidad de eventos traumáticos y poblaciones tanto en occidente como en oriente. Mendoza et al. (2017) refieren a la posibilidad de que se deba a que los hombres tienden a internalizar las emociones y pensamientos negativos en mayor medida que las mujeres. Por otra parte, ya que la evaluación de la SPT se basa principalmente en autoinformes, existe la posibilidad de que los participantes muestren un sesgo de respuesta. Siguiendo la perspectiva planteada por Mendoza et al. (2017), esto podría llevar a que los hombres reduzcan la expresión de ciertas emociones o síntomas.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, se identifican diferencias entre hombres y mujeres únicamente en las estrategias de evitación, búsqueda de apoyo social y religión, destacándose una inclinación más marcada en las mujeres hacia el uso de estas estrategias, con efectos de magnitud que oscilan entre pequeños y moderados. Estos resultados van en consonancia por lo planteado por de Ridder (2000), Matud (2004) y Tamres et al. (2002), en particular en referencia a las estrategias de evitación (EVT) y búsqueda de apoyo social (BAS).

En lo que refiere al CPT, los valores hallados en esta muestra resultan similares a los hallados en otros estudios con población universitaria (Arredondo & Caparrós, 2020; Sheik & Marotta, 2005). De acuerdo a Tedeschi y Calhoun (2004) algunas personas podrían informar un crecimiento relativamente limitado debido a sus habilidades de afrontamiento, que les permitirían enfrentar el evento traumático con menor carga sintomatológica (necesaria para el crecimiento).

En los valores encontrados en este estudio las mujeres son quienes presentan mayor puntaje tanto en la escala global como en las subescalas de CPT, es decir, manifiestan haber desarrollado más cambios positivos frente al evento traumático seleccionado en comparación con los hombres. Esto condice con lo hallado en algunos estudios antecedentes, como es el caso del metaanálisis de Vishnevsky et al. (2010) o el de Shand et al. (2015) donde las mujeres presentaban mayor CPT, con una diferencia en el tamaño del efecto entre pequeño y moderado. Explican que muchas veces las mujeres tienden a compartir las emociones con otros frente a la adversidad, facilitando de esa manera los procesos cognitivos como la rumiación deliberada. En la misma línea Taku et al. (2018) plantean que son las mujeres quienes tienden a reportar mayor CPT, pero no se descarta que sea debido a factores más de tipo cultural referidos al sexo, como en el caso de las mujeres y la comunicación y autorrevelación de sus emociones. De todos modos, la evidencia no es concluyente, ya que se encuentran estudios donde no aparecen diferencias significativas entre los sexos (Cundiff et al., 2023; Kesnold, 2019; Khechuashvili, 2016). Por otra parte, cabe consignar que la mayoría de las investigaciones utilizan en forma indistinta género y sexo, siendo que ambos constructos son más complejos que categorías binarias. Por lo que restaría mayor investigación en este sentido.

Siguiendo con los objetivos planteados al investigar la relación entre SPT y CPT se ha encontrado evidencia que respalda las conclusiones de estudios previos que postulan una asociación positiva entre ambos constructos (Feingold et al., 2022; Shakespeare-

Finch & Lurie-Beck, 2014; Taku, et al., 2008). Esto se observa a través de los cálculos de correlación en donde se obtuvo una correlación significativa, positiva y moderada ($Rho = .37$) entre SPT y CPT.

Este resultado era esperado considerando lo argumentado por Tedeschi et al. (2018) planteado en la sección anterior. Según esta perspectiva para que se desarrolle CPT debe existir un incremento del malestar emocional, que en este contexto está mostrado por la sintomatología postraumática. Este primer resultado nos permitía continuar con el análisis sobre el valor predictivo que tendría la presencia de SPT en el desarrollo de CPT, para lo cual luego se realizaron una serie de regresiones múltiples jerárquicas.

Por otra parte, al analizar la relación del CPT con las estrategias de afrontamiento, el mecanismo de reevaluación positiva fue el que mostró mayor correlación positiva con CPT y negativa con SPT. Sin duda estos resultados resultan consistentes. Al tratarse de una estrategia activa de resignificación y búsqueda de sentido a los acontecimientos, resulta lógico que se asocie con el desarrollo de crecimiento y con la disminución de SPT. La reevaluación positiva (REP) entraría dentro de las estrategias consideradas de focalización en la solución del problema. Específicamente se trata de estrategias cuya finalidad es poder enfrentar y gestionar el estresor. Si bien las personas pueden utilizar una diversidad de estrategias de afrontamiento dependiendo de las situaciones concretas, Zhou et al. (2023) encontraron que los universitarios empleaban principalmente estrategias centradas en la solución del problema, lo que incluiría establecer metas, persistir y pedir ayuda para resolver el problema. Esto abre la interrogante de si particularmente esto ocurrió en esta muestra que fue exclusivamente universitaria. Restaría complementar la investigación con población general para poder ampliar las conclusiones al respecto. Por otra parte, abre la interrogante de la existencia de un posible solapamiento conceptual entre CPT y la estrategia de reevaluación positiva. Como mencionan Tedeschi et al. (2018) el crecimiento postraumático implica una reinterpretación positiva, lo cual podría ser entendido como la utilización de la estrategia mencionada anteriormente. Esto lo podemos observar al realizar una lectura más pormenorizada de los ítems que evalúan la estrategia de REP con ítems como “Intenté centrarme en los aspectos positivos” (ítem 3 del CAE), “comprendí que otras cosas, diferentes del problema eran para mi más importantes” (ítem 24 del CAE).

Similar a otros estudios (García et al., 2014; Gerber et al., 2011; Yacizi et al., 2020), la estrategia de afrontamiento religioso también se relacionó de forma positiva y significativa con el CPT en la muestra total, pero destacándose principalmente como mecanismo más significativo en los hombres. El afrontamiento religioso contribuiría en la interpretación de las experiencias traumáticas y en tomar una perspectiva positiva de los resultados relacionados con estas experiencias. Principalmente porque en el cuestionario empleado de Sandín y Chorot (2003) el tipo de preguntas concernientes a la estrategia de afrontamiento religioso hace referencia a un afrontamiento positivo. Esto contrasta con el enfoque del afrontamiento religioso negativo que se centra en la inseguridad hacia Dios y el mundo, lo cual dificulta que la persona se sienta segura nuevamente incluso si el peligro asociado al evento traumático ya ha desaparecido (Pargament et al., 1998). Cabe destacar que los participantes de esta investigación forman parte de una universidad privada católica, pero donde no hay obligatoriedad alguna de profesar una religión ni está incluida en los programas. Si bien la formación religiosa no es obligatoria en la cursada, podría implicar un cierto sesgo que no debe ser minimizado.

Por otra parte, resultó llamativa la relación positiva de CPT con las estrategias de evitación. De acuerdo a la literatura se esperaría que este tipo de estrategias no fueran las más relevantes en relación al CPT. Esto se podría relacionar con las perspectivas presentadas por Zoellner y Maercker (2006) y Frazier et al. (2009) donde se plantea la naturaleza ilusoria del CPT. Sería plausible pensar que estrategias como la evitación (tal cual es definida en el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandín & Chorot, 2003) a través de ítems como “Procuré no pensar en el problema”, “intenté olvidarme de todo”, etc.) no promoverían la rumiación deliberada necesaria que Tedeschi y Calhoun (2004) plantean como necesaria para el desarrollo de CPT, lo que podría llevar a que la percepción de mejoría no refleje necesariamente un cambio real. Como plantean Javed y Dawood (2016) el afrontamiento evitativo podría implicar la dificultad para tomar medidas o acciones concretas para resolver el estresor real, esto implicaría la desconexión con el estímulo, lo que podría generar alivio a corto plazo, pero no favorecería el desarrollo de CPT a largo plazo. Principalmente al diferenciar por sexos, en el caso de los hombres, la estrategia de evitación correlaciona significativa y positivamente, aunque de manera débil ($Rho = .149$), a diferencia de la submuestra femenina en donde se encuentran asociaciones. Es por esto por lo que resulta llamativo que tanto en la muestra total como en la submuestra masculina aparezca correlacionado con el CPT. Por otra

parte, como se analizará más adelante, al considerarlo como posible variable predictora de CPT se observa que no posee tal cualidad.

Análisis predictivo del crecimiento postraumático

Con el propósito de obtener una comprensión más sólida de las variables que podrían predecir el CPT, se llevaron a cabo una serie de regresiones múltiples jerárquicas. El enfoque consistió en examinar el aporte explicativo conjunto del sexo, tipo de evento traumático, SPT y estrategias de afrontamiento (EA). A pesar de que en los estudios de correlaciones no todas las EA mostraron relaciones significativas con el CPT, se decidió incluirlas a todas ellas en el análisis de regresiones. Esto se basó en la premisa de que, en conjunto, podrían contribuir a una mejor explicación. Esta elección se sustentó en el constructo de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984), que señala que las personas no emplean sus EA de forma aislada, sino que existen múltiples combinaciones en juego.

En este estudio en particular se consideraron las estrategias de afrontamiento relevadas por el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés de Sandín y Chorot (2003). En el mismo se incluyen dentro de las estrategias focalizadas en la solución de problemas: reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y resolución de problema. Por otro lado, las estrategias centradas en la emoción como la expresión emocional abierta, la autofocalización negativa y la evitación, y por último se incluye también la religión como una forma de estrategia.

El modelo de regresiones mostró resultados positivos, consistentes con el modelo teórico. El primer modelo encontró que el ser mujer estaba más asociado al CPT, esto iría en la línea de lo planteado en la literatura (Jin et al., 2014; Powroznik et al., 2018; Prati & Pietrantonio, 2014; Shand et al., 2015; Vishnevsky et al., 2010) en tanto que el tipo de evento no aportaba mayor explicación al desarrollo de CPT. Al ingresar la SPT en el segundo modelo aumentaba significativamente la varianza explicada, y el hecho de que el evento fuera no intencional (accidental) predecía un aumento en el CPT. Al considerar en conjunto el sexo, el tipo de evento y la SPT, la variable de sexo dejó de ser significativa, es decir que en esta muestra resulta mucho más potente la predicción del CPT en tanto exista sintomatología y el evento sea accidental (no intencional). No es de extrañar que la variable del sexo pierda relevancia una vez que se incluye la variable de SPT, ya que como se explicó en la sección anterior, se hallaron diferencias entre hombres

y mujeres siendo estas últimas quienes presentaban mayor sintomatología. Esto podría hacer pensar que al momento de ingresar la variable de SPT en el modelo de regresiones el sexo ya estaría incidiendo latentemente. Dichos resultados refuerzan la importancia otorgada en el modelo teórico (Tedeschi et al., 2018) de la necesidad de un malestar importante como producto del evento traumático para que se pueda poner en funcionamiento la resignificación y por ende el CPT. Por otra parte, adquiere significación el hallazgo referido al tipo de evento traumático, en tanto este estudio ha revelado que aquellos no intencionales predecirían mejor el CPT. En este sentido la literatura no es concluyente. Por un lado, las investigaciones de Karanci et al. (2012) y de Thomas et al. (2021) no encontraron diferencias significativas entre los eventos, por otro lado, estudios como el de Shakespeare-Finch y Armstrong (2010) encontraron que las personas que habían sufrido eventos intencionales eran más propensas a desarrollar CPT que aquellas que habían experimentado eventos accidentales.

Por último, al introducir las variables relacionadas con las estrategias de afrontamiento en el tercer modelo de regresión, se observa que la reevaluación positiva es la única estrategia de afrontamiento que contribuiría a la predicción del CPT, mientras que la significancia de la sintomatología postraumática (SPT) y el evento no intencional se mantiene. De forma similar a otros estudios (Magid et al., 2019; Yacizi et al., 2020) la SPT predeciría el CPT en esta investigación en un 12.4% de varianza. De acuerdo con el modelo de Tedeschi y Calhoun (2004) esto puede ser interpretado de varias maneras. Por un lado, el CPT se manifiesta luego de situaciones adversas que producen niveles elevados de estrés. Por otro lado, sería ese malestar el que desencadenaría el proceso rumiativo que permitiría reconstruir los esquemas cognitivos previos y resignificar la experiencia. Este es uno de los argumentos que explican que se necesite un monto de malestar previo para poder desarrollar posteriormente bienestar.

En consonancia con lo aportado por diversos estudios (Jin et al., 2014; Shand et al., 2015; Powroznik et al., 2018; Prati & Pietrantonio, 2014; Tedeschi et al., 2008; Vishnevsky et al., 2010) se halló mayor prevalencia de CPT en mujeres que en hombres. Aunque al momento de analizar su valor predictivo este no resultaba ser una variable diferenciadora, no debemos obviar el hecho de que el sexo ya cobrara fuerza dentro de la presencia de SPT.

Por otra parte, como se mencionó anteriormente, en este conjunto de datos se encontró que el tipo de evento accidental (o no intencional) resultó ser una variable

predictora. En la clasificación realizada en este estudio estos eventos incluían situaciones como: accidentes de transporte, diagnóstico de enfermedades, muerte de miembro familiar, desastres naturales, etc. Si bien en dichas situaciones podían incidir otros seres humanos, no se trataba de situaciones infringidas directamente por otra persona. Si bien en la concepción original del modelo teórico los autores no establecen distinciones entre el tipo de evento de que se trate, se han hallado resultados que implicarían que el evento intencional produciría mayor sintomatología y crecimiento (Kilpatrick et al., 2013; Thomas et al., 2021).

El estudio de las estrategias de afrontamiento y el CPT ha sido variado, en algunos casos estudiando estrategias específicas así como en forma conjunta. Partiendo de la premisa de que los seres humanos poseen un abanico de estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1991) y que pueden ir variando en su utilización resulta lógico considerarlas juntas al momento de analizar su valor predictivo. Por esta razón se analizaron juntas todas las estrategias de afrontamiento que recababa el cuestionario de Sandín y Chorot (2003). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, solo la estrategia de reevaluación positiva mostró ser un predictor significativo en el CPT en los estudiantes universitarios con un 24.1% de varianza explicada. Ante los desafíos inevitables con los que el ser humano se puede encontrar en el transcurso de su vida, se evidencia que la posibilidad de contar con determinada estrategia de afrontamiento, como la reevaluación positiva, podría marcar una diferencia significativa al momento de desarrollar sintomatología postraumática o por el contrario un crecimiento posterior.

Principales aportes y limitaciones

Esta investigación doctoral contribuye a enriquecer el conjunto de la literatura existente con información específica en el contexto de Uruguay, ya que se trata del primer estudio en el país, por lo que colabora en generar los cimientos para el desarrollo futuro.

En esta línea, se aportó en el estudio de las propiedades psicométricas de una herramienta de medición del CPT como es el Inventario de Crecimiento Postraumático de Tedeschi y Calhoun (1996), en su versión chilena de García et al. (2013), así como de una técnica de evaluación de las estrategias de afrontamiento con el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés de Sandín y Chorot (2013). Se encontraron estructuras factoriales

adecuadas para ser utilizadas en contextos universitarios en el Uruguay, estableciendo el primer cimiento para continuar su estudio en población general.

Por otra parte, los resultados contribuyen al debate académico sobre los predictores del CPT, confirmándose algunos de los previstos, como la estrategia de reevaluación positiva, pero abriendo nuevas interrogantes como por ejemplo la incidencia en relación al tipo de evento traumático. Si bien los resultados mostraron claramente la relación entre la SPT y el CPT, resta por considerar si existe variabilidad con el paso del tiempo, siendo una relación más curvilínea.

A su vez se pueden considerar aportes en relación a las implicancias prácticas, al ampliar el conocimiento sobre la existencia de población universitaria que ha vivido diversas experiencias traumáticas con cierta afectación psicológica. Esto permite detectar la necesidad de generar espacios de escucha y trabajo para poder ayudar a mitigar los efectos nocivos y promover el eventual crecimiento postraumático.

Por otra parte, este estudio no se encuentra exento de limitaciones. Una de las más relevantes es la que supone el propio diseño transversal y retrospectivo, apelando a la memoria de los participantes y a episodios pasados. Esto sin duda puede incidir en la respuesta de los participantes en especial para un proceso como es el del desarrollo de crecimiento postraumático. A pesar de ello, como se observó en el apartado teórico, es un tipo de diseño ampliamente utilizado en las investigaciones de la temática, aunque sin lugar a dudas un diseño longitudinal permitiría mayor precisión y alcance. Indudablemente en el caso de realizar mediciones de sintomatología en el momento preciso en que ocurre el evento y poder realizar mediciones de CPT en el paso del tiempo mejorarían significativamente la precisión de estas evaluaciones. No obstante, la carga emocional del suceso recién acontecido puede también tonalizar la respuesta, pero indudablemente sería deseable contar con información lo más cercana posible al evento y luego la posterior evolución.

Además, es importante destacar que la investigación se llevó a cabo con un muestreo incidental, lo que puede presentar más sesgos y homogeneidad que aquellos resultados obtenidos a través de un muestreo aleatorio. Por otra parte, en relación a la población participante podemos mencionar que la muestra estaba circunscripta al ámbito universitario, específicamente de una universidad religiosa y ampliamente heterogénea

en relación a los tipos de eventos traumáticos reportados. Si bien es algo frecuente en las investigaciones sobre estos constructos, los resultados deben considerarse con cautela.

Si bien el tamaño muestral que se obtuvo fue considerable, en los objetivos iniciales la idea era continuar con la toma de datos durante 2020. Con el comienzo de la pandemia por COVID, la toma de datos se vio interrumpida, tanto por cuestiones logísticas como por las características traumáticas de la propia situación que requería se hiciera otro tipo de estudio y no unirse a la muestra previamente recolectada.

Asimismo, si bien se estudiaron las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados en los análisis, se debe tener presente que no fueron técnicas elaboradas directamente para este contexto socio-cultural, lo cual puede ejercer su influencia a la hora de los resultados.

Futuras investigaciones

Los resultados obtenidos pueden delinear líneas futuras de investigación, así como aportes para la práctica clínica. Como primer elemento a destacar se encuentra la posibilidad de realizar estudios de diseño longitudinal que permitan detectar la existencia de cambios con el transcurso del tiempo en el uso de las estrategias de afrontamiento, así como variaciones en el CPT. De igual manera, este tipo de estudio proporcionaría más claridad sobre la relación entre la SPT y el CPT en las diferentes etapas de su desarrollo conforme pasa el tiempo.

Por otra parte, sería enriquecedor contar con estudios de corte cualitativo que posibiliten captar matices, tipos narrativos y detalles propios de una experiencia tan personal y única como lo es la experiencia traumática. Incluso con la utilización de técnicas como entrevistas en profundidad se podría contribuir en detectar las diferencias entre la percepción de un crecimiento y la existencia de un crecimiento real, aspecto que muchas veces resulta desafiante de capturar a través de autoinformes.

Podría ser recomendable en investigaciones futuras, incluso dentro de la población universitaria, agrupar y comparar los resultados de acuerdo a determinados eventos específicos, así como continuar evaluando las diferencias entre eventos intencionales y accidentales. De igual manera, sería importante ampliar otros predictores del CPT como

los mencionados en el modelo teórico original (rumiación deliberativa, regulación emocional, etc.).

Impulsar la investigación dentro del ámbito del trauma psicológico y sus consecuencias permitirá contribuir en la promoción del bienestar de las personas afectadas.

Conclusiones

La experiencia humana está intrínsecamente entrelazada con la capacidad de enfrentar eventos traumáticos, y las situaciones que desafían la estabilidad emocional y psicológica. Estos sucesos, que pueden variar desde desastres naturales hasta la pérdida de seres queridos o eventos de violencia interpersonal, a menudo desencadenan respuestas emocionales complejas. Tradicionalmente, la atención se ha centrado en las manifestaciones negativas de estos eventos, destacando la sintomatología postraumática. Sin embargo, la comprensión de las respuestas humanas al evento traumático se ha ido desarrollando en las últimas décadas, revelando un espectro más amplio de posibles respuestas psicológicas que van más allá de la mera supervivencia emocional.

En contraste con el enfoque convencional de las secuelas negativas, el concepto de crecimiento postraumático (CPT) ha emergido como un campo de estudio intrigante y transformador. El crecimiento postraumático, conceptualizado por Tedeschi y Calhoun (1996), sugiere que, en medio de la adversidad, algunos individuos no solo logran recuperarse, sino que experimentan cambios positivos profundos en diversos aspectos de sus vidas. En un intento de arrojar mayor luz sobre este fenómeno es que se enmarca el objetivo de esta tesis, que consistió en estudiar el rol explicativo del sexo, del tipo de evento traumático, de las estrategias de afrontamiento y de la sintomatología postraumática en el desarrollo de crecimiento postraumático en población universitaria.

En primer lugar, se destaca como aporte, conocer las propiedades psicométricas tanto del Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) de Tedeschi y Calhoun (1996) como del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandin y Charot (2003). Como resultado de esta tesis, se logró una versión abreviada de la versión original del CAE que mostró excelentes índices de ajuste, respaldando su utilización en esta población, lo que resulta en una herramienta válida y fiable para futuras investigaciones en este contexto. Asimismo, luego del estudio de las diferentes soluciones factoriales del PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) se encontró que la estructura original de 5 factores presentó los mejores índices de ajuste, con una alta consistencia interna respaldando la interpretación teórica. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede afirmar que el PTGI es aplicable y posee robustez en población universitaria uruguaya, ofreciendo respaldo para su utilización en investigaciones futuras en este contexto específico. Con ambos estudios psicométricos se sientan las bases para poder continuar ampliando los acercamientos a población general y población clínica.

Por otra parte, este trabajo contribuye de manera significativa al proporcionar datos descriptivos sobre los eventos adversos mayormente reportados por población universitaria, así como la presencia de sintomatología postraumática, crecimiento postraumático y estrategias de afrontamiento. La relevancia de esta información radica en ser el primer estudio local que analiza la relación entre estas variables, posibilitando la realización de estudios futuros.

En línea con las estadísticas nacionales, se halló que los eventos traumáticos mayormente reportados por esta población incluyeron siniestros de tránsito, robos, agresiones y la muerte de un familiar, tanto para hombres como mujeres. Solamente se hallaron pequeñas diferencias en relación a eventos vinculados a abuso sexual, siendo mayor el reporte en las mujeres. Si bien al clasificar los eventos en categorías de intencionales o accidentales (no intencionales), más del 50% de los participantes percibió como más traumático un evento accidental (como la muerte de un familiar, un accidente de tráfico, el diagnóstico de una enfermedad) no se hallaron diferencias significativas entre estas categorías y el desarrollo de sintomatología postraumática ni crecimiento postraumático. Estos resultados, que difieren de lo hallado en estudios previos, podrían sugerir que la relevancia no radica tanto en la naturaleza intrínseca del evento, sino en la cantidad de exposición al mismo, así como en el nivel de angustia y estrés experimentado en ese momento específico.

Resaltan los resultados de que las mujeres exhiben niveles más elevados tanto de sintomatología postraumática (SPT) como de crecimiento postraumático (CPT) en comparación con los hombres de la muestra. Estos hallazgos, en concordancia con diversas investigaciones sobre el tema, generan interrogantes sobre los mecanismos subyacentes que distinguen las respuestas de hombres y mujeres frente a eventos adversos.

A lo largo de los análisis realizados, se destaca la relación clara entre la SPT y el CPT, incluso siendo la SPT una variable predictora del desarrollo de crecimiento, tal como lo sugieren el modelo teórico e investigaciones previas. Estos resultados confirmarían que para que se presente el CPT debería existir malestar psíquico producto del evento adverso.

Por otra parte, se identificó que el tipo de evento no intencional, así como la utilización de la estrategia de reevaluación positiva serían variables predictoras del CPT.

Si bien el ser humano no puede prever los eventos externos (intencionales o no intencionales) a los cuáles se verá expuesto, si se puede fomentar el desarrollo de una estrategia de afrontamiento como la reevaluación positiva, como factor de protección, ya que se observa como un elemento diferenciador al momento de procesar las consecuencias de un evento traumático.

Como quedó expuesto a lo largo de la tesis, esta investigación proporciona una base valiosa para el entendimiento del CPT, la SPT y las estrategias de afrontamiento en el contexto universitario uruguayo, estableciendo bases para futuras investigaciones en la población general.

Referencias

- Abu-Raiya, H., & Sulleiman, R. (2021). Direct and indirect links between religious coping and posttraumatic growth among muslims who lost their children due to traffic accidents. *Journal of Happiness Studies*, 22(5), 2215–2234. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00318-5>
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64(4), 900–922. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x>
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd. ed.) (DSM-II). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed.) (DSM-III). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.). American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (4th. ed., text revision) (DSM-IV-TR). APA
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th. ed.) (DSM-5). American Psychiatric Association.
- Amir, M., & Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: the effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 139-154. <https://doi.org/10.1023/a:1024754618063>
- Amos, I. (2015). What is known about the post-traumatic growth experiences among people diagnosed with HIV/AIDS? A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Counselling Psychology Review*, 30(3), 47–56. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2015.30.3.47>
- Anderson, W.P., & Lopez-Baez, S. (2008). Measuring growth with the Posttraumatic Growth Inventory, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40(4), 215-227. <https://doi.org/10.1080/07481756.2008.11909816>
- Anderson, D., Prioleau, P., Taku, K., Naruse, Y., Sekine, H., Maeda, M., Yabe, H., Katz, C., & Yanagisawa, R. (2016). Post-traumatic stress and growth among medical student volunteers after the March 2011 disaster in Fukushima, Japan: Implications for student involvement with future disasters. *Psychiatric Quarterly*, 87(2), 241–251. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9381-3>
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462–472. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x>

- Andrades, M., García, F. E., & Kilmer, R. P. (2021). Post-traumatic stress symptoms and post-traumatic growth in children and adolescents 12 months and 24 months after the earthquake and tsunamis in Chile in 2010: A longitudinal study. *International Journal of Psychology*, *56*(1), 48–55. <https://doi.org/10.1002/ijop.12718>
- Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1208*(1), 67–71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x>
- Arias, P. R., García, F. E., & Valdivieso, I. P. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población ecuatoriana. *Revista Evaluar*, *17*(2), 67-80. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n2.18722>
- Arredondo, A.Y., & Caparrós B. (2020). Posttraumatic cognitions, posttraumatic growth, and personality in university students, *Journal of Loss and Trauma*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1831812>
- Baillie, S.E., Sellwood, W., & Wisely, J.A. (2014). Post-traumatic growth in adults following a burn. *Burns: Journal of the International Society for Burns Injuries*, *40*(6), 1089-1096. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.04.007>.
- Bandalos, D. L. & Finney, S. J. (2010). Factor Analysis: Exploratory and confirmatory. En G. R. Hancock y R. O. Mueller (Eds.). *Reviewer's Guide to Quantitative Methods*. Routledge.
- Barlow, M.R., & Hetzel-Riggin, M.D. (2018). Predicting posttraumatic growth in survivors of interpersonal trauma: Gender role adherence is more important than gender. *Psychology of Men & Masculinity*, *9*(3), 446–456. <https://doi.org/10.1037/men0000128>
- Barton, S., Boals, A., & Knowles, L. (2013). Thinking about trauma: the unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, *26*, 718-726. <https://doi.org/10.1002/jts.21863>
- Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth. *Health Psychology*, *25*(1), 47–56. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.47>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shalhy, V., Stein, D.J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J.M., Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J.P. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, *46*, 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and Posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, *52*, 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>
- Berkman, A.M., Robert, R.S., Roth, M., & Askins, M.A. (2022). A review of psychological symptoms and post-traumatic growth among adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Health Psychology*, *27*(4), 990-1005. <http://doi.org/10.1177/1359105320971706>

- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M., & Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Boehm-Tabib, E. (2016). Acute stress disorder among civilians during a war and post-traumatic growth six years later: the impact of personal and social resources. *Anxiety, Stress & Coping*, 29(3), 318–333. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1053806>
- Boykin, D.M., Anyanwu, J., Calvin, K., & Orcutt, H.K. (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 <http://doi.org/10.1037/tra0000490>
- Brancu, M., Mann-Wrobel, M., Beckham, J. C., Wagner, H. R., Elliott, A., Robbins, A. T., Wong, M., Berchuck, A. E., & Runnals, J. J. (2016). Subthreshold posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of DSM–IV prevalence and a proposed DSM–5 approach to measurement. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 222–232. <https://doi.org/10.1037/tra0000078>
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01167-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01167-2)
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810270028003>
- Brooks, M. (2018). *Rethinking posttraumatic growth: psychological processes, outcomes and individual differences between survivors of multiple types of adverse events*. [Tesis Doctoral, University of Central Lancashire] <https://clock.uclan.ac.uk/25394/>
- Brooks, M., Lowe, M., Graham-Kevan, N., & Robinson, S. (2016). Posttraumatic growth in students, crime survivors and trauma workers exposed to adversity. *Personality and Individual Differences*, 98, 199-207. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.051>
- Brooks, M., Graham-Kevan, N., Robinson, S., & Lowe, M. (2019). Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts, and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 232-238. <https://doi.org/10.1037/tra0000372>.
- Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V. Crocker, P. R. E., & Sabiston, C. M. (2009). The Posttraumatic Growth Inventory: an examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(8), 830–838. <https://doi.org/10.1002/pon.1640>

- Calhoun, L.G., Cann, A. & Tedeschi, R.G. (2010). Posttraumatic Growth model. Sociocultural considerations. En T. Weiss & R. Berger (Eds.) *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. (pp. 1-14). John Wiley & Sons, Inc.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2008). The paradox of struggling with trauma: Guidelines for practice and directions for research. En S. Joseph & P.A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery and Growth. Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress* (pp. 325-337). John Wiley & Sons, Inc.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. Routledge.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23, 127–137. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. T, Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The core beliefs inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress & Coping*, 23, 19-34. <https://10.1080/10615800802573013>
- Cao, C., Wang, L., Wu, J., Li, G., Fang, R., Cao, X., Liu, P., Luo, S., Hall, B., & Elhai, J. (2018). Patterns of posttraumatic stress disorder symptoms and posttraumatic growth in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors: a latent profile analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 1549. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01549>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cazabat, E. (2002). Un breve recorrido por la historia traumática del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 1 (1), 38 – 42.

- Chan, C. S., & Rhodes, J. E. (2013). Religious coping, posttraumatic stress, psychological distress, and posttraumatic growth among female survivors four years after Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 257–265. <https://doi.org/10.1002/jts.21801>
- Chen, F., Curran P. J., Bollen, K. A., Kirby, J., & Paxton, P. (2008). An empirical evaluation of the use of fixed cutoff points in RMSEA Test statistic in structural equation models. *Sociological Methods Research, 1*, 36(4), 462-494. <https://doi.org/10.1177/0049124108314720>
- Chung, H., & Breslau, N. (2008). The latent structure of post-traumatic stress disorder: Tests of invariance by gender and trauma type. *Psychological Medicine, 38*(4), 563–573. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002589>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cordova, M. J., Cunningham L. L., Carlson C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176-85. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Costa-Requena, G., & Gil, F. L. (2007). Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 33*, 229–250. <https://doi.org/10.33776/amc.v33i148.1215>
- Crocq, M-A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 2*(1), 47-55. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>
- Cundiff, J.M., Fromuth, M.E., & Fuller, D.K. (2023). Gender differences in social support and posttraumatic growth for survivors of intimate partner violence. *Psychological Reports, 22*, 1-15. <https://doi.org/10.1177/00332941231153319>.
- Davidson, J.R.T, Hughes D., & Blazer D.G. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 459-475.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(2), 561-574. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.2.561>
- de Ridder, D. (2000). Gender, stress and coping: Do women handle stressful situations differently from men? En L. Sherr & J. St. Lawrence (Eds.), *Women, health and the mind* (pp. 115–135). Wiley
- Dekel, S., Mandl, C., & Solomon, Z. (2011). Shared and unique predictors of posttraumatic growth and distress. *Journal of Clinical Psychology, 67*(3), 241-252. <https://doi.org/10.1002/jclp.20747>

- Dirik, G., & Göcek-Yorulmaz, E. (2018). Positive sides of the disease: Posttraumatic growth in adults with type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine, 44*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1173635>
- Domínguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica, 19* (4), 251–254. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Drapeau, C.W., Lockman, J.D., Moore, M.M., & Cerel, J. (2019). Predictors of posttraumatic growth in adults bereaved by suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 40*(3), 196-202. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000556>
- Dursun, P., Steger, M.F., Bentele, C., & Schulenberg, S.E. (2016). Meaning and posttraumatic Growth Among Survivors of the September 2013 Colorado Floods. *Journal of Clinical Psychology, 72*(12), 1247-1263. <https://doi.org/10.1002/jclp.22344>.
- Echeburúa, E. (2005). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Ed. Pirámides.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En W. Astudillo, A. Casado & C. Mendinueta. (Eds.) *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* (pp. 337-359). Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Eiroa-Orosa, F.J., Tasqué-Cebrián, R., Fidel-Kinori, S., Giannoni-Pastor, A., & Argüello-Alonso, J.M. (2012). Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. *Acción Psicológica, 9* (2), 47-58. <https://doi.org/10.5944/ap.9.2.4103>
- Elosua Oliden, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema, 15*(2), 315-321
- Endler, N.S., & Parker, D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Personality and Individual Differences, 58*, 844-854. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>
- Escurrea Mayaute, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista De Psicología, 6* (1-2), 103-111. <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>
- Esparza-Baigorri, T., Leibovich de Figueroa, N., & Martínez-Terrer, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y Estrés, 22*, 2–3. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.06.002>.
- Evers, A., Kraaimaat, F., van Lankveld, W., Jongen, P., Jacobs, J., & Bijlsma, W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for Chronic Diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1026–1036. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1026>
- Feingold, J. H., Hurtado, A., Feder, A., Peccoraro, L., Southwick, S. M., Ripp, J., & Pietrzak, R. H. (2021). Posttraumatic growth among health care workers on the frontlines of the

COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 1(296), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.032>.

Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of coping questionnaire*. Palo Consulting Psychologists Press

Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., McFarlane, A., Silove, D., Rees, S., Chapman, C., Slade, T., Mills, K., Teesson, M., & O'Donnell, M. (2014). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 147–153. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08374>

Forgeard, M. J. C. (2013). Perceiving benefits after adversity: The relationship between self-reported posttraumatic growth and creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 7, 245–264. <https://doi.org/10.1037/a0031223>

Frankl, V. E. (1980). *Ante el vacío existencial: hacia una humanización de la psicoterapia*. Herder

Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20(7), 912–919. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x>

Fredrickson, B. L., & Tugade, M. M. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 365-27. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.84.2.365>

Frías-Navarro, D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. España. Disponible en: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>

Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2014). *Handbook of PTSD. Science and Practice*. 2nd Ed. The Guilford Press

Friedman, M. J., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2021). *Handbook of PTSD. Science and practice*. 3ed. Guilford Press.

García, F.E. (2017). Factores socio-demográficos, crecimiento y sintomatología postraumática en sobrevivientes del terremoto de Chile del 2010. *Summa Psicológica*, 14(1), 33-42. <https://doi.org/10.18774/448x.2017.14.310>

García, F.E., Andrades, M., Rodríguez, F., Díaz, Z., Fonseca, I., & Lucero, C. (2022). Sintomatología y crecimiento postraumático en estudiantes de educación superior en Chile durante la pandemia por COVID-19. *Actualidades en Psicología*, 36, 132, 1-16. <https://doi.org/10.15517/ap.v36i132.45386>

- García, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 145-153.
- García, F. E., Reyes, A., & Cova, F. (2014). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychologica*, 13(2), 575-584. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.stop>
- García, F.E., Cova, F., Rincón, P., Vázquez, C., & Páez, D. (2015). Coping, rumination and posttraumatic growth in people affected by an earthquake. *Psicothema*, 28(1), 59 -65.
- García, F.E., Capponi, C., Hinrichs, F., Lillo, F., Rodríguez, C., & Sánchez, J. (2016). Violencia policial y afrontamiento: crecimiento postraumático en pobladores de una comunidad aislada del sur de Chile. *Universitas Psychologica*, 15(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.vpac>
- García, F., & Wlodarczyk, A. (2018). Communal coping and rumination in the aftermath of Chile earthquake: Multiple mediation analysis of the relationship between subjective severity and posttraumatic growth. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 28, 191–199. <https://doi.org/10.1002/casp.2350>
- García, F. E., Andrades, M., Rodríguez Matus, F., Díaz Segovia, Z., Alarcón, S., Fonseca, I., & Lucero, C. (2022). Sintomatología y crecimiento postraumático en estudiantes de educación superior en Chile durante la pandemia por COVID-19. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 1-16. <https://doi.org/10.15517/ap.v36i132.45386>
- Garrido-Hernansaiz, H., Rodríguez-Rey, R., & Alonso-Tapia, J. (2017). Posttraumatic Growth Inventory: factor structure in Spanish-speaking people living with HIV. *AIDS Care*, 29(10), 1320–1323. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.129190>
- George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429056765>
- Gerber, M. M., Boals, A., & Schuettler, D. (2011). The unique contributions of positive and negative religious coping to posttraumatic growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(4), 298–307.
- Gómez, A., & Cárdenas, G. (2016). Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 70–79. <https://doi.org/10.48102>.
- González-Méndez, R., & Díaz, M. (2021). Volunteers' compassion fatigue, compassion satisfaction, and post-traumatic growth during the SARS-CoV-2 lockdown in Spain: Self-compassion and self-determination as predictors. *PLoS ONE* 16(9): e0256854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256854>
- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Huang, B., & Grant, B.F. (2016). The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on

Alcohol and Related Conditions—III. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 1137–1148. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>

- González, M.T., & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 12(2), 189-198.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd Ed.). Lawrence Erlbaum.
- Grad, R.I., & Zeligman, M. (2017). Predictors of post-traumatic growth: The role of social interest and meaning in life. *The Journal of Individual Psychology*, 73(3), 190-207. <https://doi.org/10.1353/jip.2017.0016>
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective wellbeing and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81–108. <https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>
- Grubaugh, A.L., & Resick, P.A. (2007). Posttraumatic Growth in Treatment-seeking Female Assault Victims. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 145–155. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9034-7>.
- Habib, A., Stevelink, S. A. M., Greenberg, N., & Williamson, V. (2018). Post-traumatic growth in (ex-) military personnel: review and qualitative synthesis. *Occupational Medicine*, 68(9), 617–625. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy140>
- Hafstad, G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R., & Raeder, S. (2010). Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 248-257. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01028.x>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7ed). Pearson New International Edition.
- Hall, B.J., Hobfoll, S.E., Canetti, D., Johnson, R.J., Palmieri, P.A., & Galea, S. (2010). Exploring the association between post-traumatic growth and PTSD: A national study of Jews and Arabs following the 2006 Israeli-Hezbollah War. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(3), 180–186. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d1411b>
- Hallam, W., & Morris, R. (2014). Posttraumatic growth in stroke carers: A comparison of theories. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 619–635.
- Hamby S., Taylor E., Segura, A., & Weber, M. (2022). A dual-factor model of posttraumatic responses: Which is better, high posttraumatic growth or low symptoms? *Psychology Trauma*, 14, (S1), 48-156. <https://doi.org/10.1037/tra0001122>
- Hanley, A.W., Garland, E. L., & Tedeschi, R.G. (2017). Relating dispositional mindfulness, contemplative practice and positive reappraisal with posttraumatic cognitive coping, stress and growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(5), 526-536. <https://doi.org/10.1037/tra0000208>

- Haroosh, E., & Freedman, S. (2017). Posttraumatic growth and recovery from addiction. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 2-6. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1369832>
- Hayduk L.A., & Glaser, D.N. (2000). Jiving the four-step, waltzing around factor analysis, and other serious fun. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 7, 1–35. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0701_01
- Helgeson, V., Reynolds, K., & Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-806. <https://doi.org/10.1037/0022006X.74.5.797>.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). McGraw-Hill.
- Hinkle D.E., Wiersma W., Jurs S.G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th ed. Houghton Mifflin.
- Ho, S., Chan, C., & Ho, R. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psychooncology*, 13, 377–389. <https://doi.org/10.1002/pon.758>
- Hobfoll, S.E., Hall, B.J., Canetti-Nism, D., Galea, S., Johnson, R.J., & Palmieri, P.A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 345-366. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x>
- Horwitz, A.V. (2018). *PTSD: a short history*. Johns Hopkins University Press
- Huang, Y. L., Chen, S. H., Su, Y. J., & Kung, Y. W. (2017). Attachment dimensions and post-traumatic symptoms following interpersonal traumas versus impersonal traumas in young adults in Taiwan. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 33, 233–243. <https://doi.org/10.1002/smi.2702>
- Hwang, S.M., & Lim, E. J. (2020). Factors associated with posttraumatic growth in patients with severe burns by treatment phase. *Nursing Open*, 7(6), 1920–1927. <https://doi.org/10.1002/nop2.582>
- Ikizer, G., Karanci, A.N., Gul, E., & Dilekler, I. (2021). Posttraumatic stress, growth, and depreciation during the COVID-19 pandemic: evidence from Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1872966>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition: Stress, Coping, and Social Cognition*, 7, 113-136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34. <http://www.jstor.org/stable/20447198>

- Javed, A., & Dawood, S. (2016). Psychosocial predictors of post-traumatic growth in patients after myocardial infarction. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 365-381.
- Jiang, J., Han, P., Huang, X., Liu, Y., Shao, H., Zeng L., & Duan X. (2022). Post-traumatic growth experience of first-line emergency nurses infected with COVID-19 during the epidemic period-A qualitative study in Shanghai, China. *Frontiers in Public Health*, 12(10), <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1015316>
- Jin, Y., Xu, J., & Liu, D. (2014). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: Gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0865-5>
- Jing, G., Chengcheng, L., Dexia, K., Solomon, P., & Mingqi, F. (2018). The relationship between PTSD and suicidality among Wenchuan earthquake survivors: The role of PTG and social support. *Journal of Affective Disorders*, 235, 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.030>
- Johnsen, I., & Afgun, K. (2021). Complicated grief and post-traumatic growth in traumatically bereaved siblings and close friends. *Journal of Loss & Trauma*, 26(3), 246–259. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1762972>
- Johnson, R.J., Hobfoll, S.E., Hall, B.J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., & Palmieri, P.A. (2007). Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied Psychology*, 56, 428–436. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00296.x>
- Joseph, S. (2011). Religiosity and Posttraumatic Growth: A note concerning the problems of confounding in their measurement and the inclusion of religiosity within the definition of Posttraumatic Growth. *Mental Health, Religion & Culture*, 14, 843–845. <https://doi.org/10.1080/13674676.2011.609162>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2004). Positive Therapy: A positive psychological Theory of therapeutic practice. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 354–368). John Wiley & Sons, Inc
- Joseph, S., & Linley, P.A. (2008). Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress: An Integrative Psychosocial Framework. En S. Joseph & P.A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery and Growth. Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress* (pp. 3-20). Wiley & Sons, Inc.
- Joseph, S., Murphy, D., & Regel, S. (2012). An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 316–325. <https://doi.org/10.1002/cpp.1798>
- Karanci, A. N., Işıklı, S., Aker, A. T., Gül, E. İ., Erkan, B. B., Özkol, H., & Güzel, H. Y. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: Factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 3. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17303>

- Karimzadeh, Y., Rahimi, M., Goodarzi, M. A., Tahmasebi, S., & Talei, A. (2021). Posttraumatic growth in women with breast cancer: emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943871>
- Kato, T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, *59*, 262–273. <https://doi.org/10.1037/a0027770>
- Kearns, N., Becker, J., McMinn, K., Bennett, M., Powers, M., Warren, A., & Edgerton, J. (2019). Increased spiritual well-being following cardiovascular surgery influences one-year perceived Posttraumatic Growth. *Psychology of Religion and Spirituality*. <https://doi.org/10.1037/rel0000291>
- Kesnold Mesidor, J. (2019). Posttraumatic Growth in the 2010 Haitian earthquake survivors and its relationship with posttraumatic stress symptoms three years after the earthquake. *Journal of Loss and Trauma*, *24*(7), 678–690. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1615284>
- Khechuashvili, L. (2016). Investigation of psychometric properties of the georgian version of Posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Loss and Trauma*, *21*, 522–532. <https://doi.org/10.1037/t57792-000>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(5). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., & Taku, K. (2009). Use of the revised Posttraumatic Growth Inventory for children. *Journal of Traumatic Stress*, *22*, 248–253. <https://doi.org/10.1002/jts.20410>
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, *26*, 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kleber, R. J. (2019). Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practices of structural equation modeling* (2a ed.). Guilford Press.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. *World Health Organization*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2017). Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress & Coping*, *30*(5), 536–550. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1278433>

- Larsen S. E., & Berenbaum, H. (2015). Are specific emotion regulation strategies differentially associated with posttraumatic growth versus Stress? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 24*, 794-808. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1062451>
- Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: Historical development of the concept. *Perspectives In Psychiatric Care, 42(1)*, 13–20. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00045.x>
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford University.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer. Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lee, D., Yu, E.-S., & Kim, N. H. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology, 11(1)*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1704563>
- Leiva-Bianchi, M., & Araneda, A. (2014). Confirmatory factor analysis of the Post-Traumatic Growth Inventory after the Chilean earthquake. *Journal of Loss and Trauma, 20(4)*, 297–305. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.873223>
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A., & Florin, A. (2010). Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17(1)*, 14–22. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9183-6>
- León, O. G., & Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en Psicología y Educación. Las tradiciones cuantitativa y cualitativa*. (4ª Ed). McGraw Hill
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Attachment styles and posttraumatic growth among suicide-loss survivors: The mediating role of interpersonal factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 40(3)*, 186-195. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000550>
- Levi-Belz, Y., Kryszynska, K., & Andriessen, K. (2020). “Turning personal tragedy into triumph”: A systematic review and meta-analysis of studies on posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13(3)*, 322-332. <https://doi.org/10.1037/tra0000977>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Post-traumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 21(5)*, 492–496. <https://doi.org/10.1002/jts.20361>

- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core beliefs challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 50-55. <https://doi.org/10.1037/a0022030>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2017). The exploratory factor analysis of items: guided analysis based on empirical data and software. *Anales de Psicología*, 33(2), 417-432. <http://doi.org/10.6018/analesps.33.2.270211>
- London, M. J., Mercer, M. C., & Lilly, M. M. (2020). Considering the impact of early trauma on coping and pathology to predict posttraumatic growth among 9-1-1 telecommunicators. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(21-22), 4709-4731. <https://doi.org/10.1177/0886260517716942>.
- Luo, R. Z., Zhang, S., & Liu, Y. H. (2020). Short report: relationships among resilience, social support, coping style and posttraumatic growth in hematopoietic stem cell transplantation caregivers. *Psychology, Health & Medicine*, 25(4), 389-395. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1659985>
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>
- Maldonado, P. A., Solar, F. C., Bustos, C., & García, F. E. (2014). Afrontamiento y rumiación frente a eventos adversos y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. *Liverabit*, 20(2), 281-292.
- Martinčeková, L., & Klatt, J. (2017). Mothers' Grief, forgiveness, and posttraumatic growth after the loss of a child. *Omega (Westport)*, 75(3), 248-265. <https://doi.org/10.1177/0030222816652803>
- Martínez-Arias R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Ed. Síntesis.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. Longman
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227– 238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- McDonald, R. P. (1985). *Factor analysis and related methods*. LEA.
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2013). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23, 114–120. <https://doi.org/10.1002/pon.3380>

- Mendoza, S. A., Márquez, O., Veytia, M., Ramos, L. E., & Orozco, R. (2017). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en estudiantes de preparatoria. *Salud Pública de México*, *59*(6), 665–674. <https://doi.org/10.21149/8716>
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *31*, 949–964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.003>
- Ministerio del Interior del Uruguay (2023). *Visualizador de homicidios y denuncias de otros delitos*. https://observatorioseguridad.minterior.gub.uy/pentaho/api/repos/%3Apublic%3Aobservatorio%3AMININT_Observatorio.wcdf/generatedContent?userid=publico&password=publico.
- Montero Granados, R. (2016). *Modelos de regresión lineal múltiple*. Documentos de Trabajo en Economía Aplicada. Universidad de Granada. España.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). Free Press.
- Morales Vallejo, P., Urosa Sanz, B., & Blanco Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes Tipo Likert. Una guía práctica*. Editorial La Muralla.
- Morata-Ramírez, M. A., Holgado-Tello, F. P., Barbero-García, I., & Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, *12*(1), 79-90. <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-oncology*, *20*(11), 1176-1183. <https://doi.org/10.1002/pon.1827>
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 575–585. <https://doi.org/10.1002/jts.20067>
- Mosher, C. E., Danoff-Burg, S., & Brunner, B. (2006). Post-traumatic growth and psychosocial adjustment of daughters of breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, *33*(3), 543-551. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.543-551>
- Musto, C. (2022). *Estudio sobre la circulación social del delito*. PNUD, ACNUDH. ISBN: 978-92-95114-27-2
- Nelson, K. M., Hagedorn, W. B., & Lambie, G. W. (2019). Influence of attachment style on sexual abuse survivors posttraumatic growth. *Journal of Counseling & Development*, *97*(3), 227–237. <https://doi.org/10.1002/jcad.12263>

- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2018). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 60-64.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1995). *Teoría Psicométrica*. 3° ed. McGrawHill
- O'Donnell, M., Alkemade, N., Nickerson, A., Creamer, M., McFarlane, A., Silove, D., Bryant, R. A., & Forbes, D. (2014). Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *British Journal of Psychiatry*, *205*(3), 230-235. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135285>
- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2017). The experience of trauma resulting from the loss of a child and posttraumatic growth: The mediating role of coping strategies (Loss of a Child, PTG, and Coping). *Journal of Death and Dying*, *80*(1), 104–119. <https://doi.org/10.1177/0030222817724699>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos*. <https://www.who.int/es/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
- Orkibi, H. & Ram-Vlasov, N. (2019). Linking trauma to posttraumatic growth and mental health through emotional and cognitive creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity & the Arts*, *13*(4), 416–430. <https://doi.org/10.1037/aca0000193>
- Osei-Bonsu, P. E., Weaver, T. L., Eisen, S. V., & Vander Wal, J. S. (2012). Posttraumatic Growth Inventory: Factor structure in the context of DSM-IV traumatic events. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 1–9. <https://doi.org/10.5402/2012/937582>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, *35*(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.
- Páez, D., Basabe, N., Ubillos, S. & González-Castro, J. L. (2007). Social sharing, participation in demonstrations, emotional climate, and coping with collective violence after the March 11th Madrid bombings. *Journal of Social Issues*, *63*(2), 323-337. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00511.x>
- Páez, D., Vázquez, C., & Echeburúa, E. (2012). Trauma social, afrontamiento comunitario y crecimiento postraumático colectivo. En M. J. Carrasco & B. Charro (Eds.) *Crisis, vulnerabilidad y superación*. Eds. Universidad de Comillas.
- Pajón, L., Greco, A. M., Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2020). Factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory in a spanish sample of adult victims of interpersonal violence in childhood. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, *25*(2), 101–110. <https://doi.org/10.5944/rppc.26017>
- Palacio, J., & Barrios, B. (2013). Relación entre las estrategias de afrontamiento colectivo y el crecimiento postraumático en adolescentes damnificados por la ola invernal. *Psicogente*, *16*(30), 345-355.

- Palmer, G. A., Graca, J. J., & Occhietti, K. E. (2012). Confirmatory factor analysis of the Posttraumatic Growth Inventory in a veteran sample with posttraumatic stress disorder. *Journal of Loss and Trauma, 17*(6), 545–556. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.678779>
- Panjikidze, M., Beelmann, A., Martskvishvili, K., & Chitashvili, M. (2021). Posttraumatic growth, personality factors, and social support among war-experienced young Georgians. *Psychological Reports, 123*, 687–709. <https://doi.org/10.1177/0033294118823177>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(4), 710–724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Park, C. L. (1998). Implication of posttraumatic growth for individuals. En R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis* (pp. 153–177). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin, 136*(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L., & Ai, A. L. (2006). Meaning making and growth: New directions for research on survivors of trauma. *Journal of Loss and Trauma, 11*(5), 389–407. <https://doi.org/10.1080/15325020600685295>
- Park, C. L., Chmielewski, J., & Blank, T. O. (2010). Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-Oncology, 19*, 1139–1147. <https://doi.org/10.1002/pon.1680>
- Park, C. L., Currier, J. M., Harris, J. I., & Slattery, J. M. (2017). Trauma, meaning, and spirituality: Translating research into clinical practice. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/15961-000>
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*, 300–312. <https://doi.org/10.1037/a0014054>
- Penagós-Corzo, J. C., Tolamatl, C. R., Espinosa, A., Lorenzo Ruiz, A., & Pintado, S. (2019). Psychometric properties of the PTGI and resilience in earthquake survivors in Mexico. *Journal of Loss and Trauma, 1–21*. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1692512>
- Petrocelli, J. V. (2003). Hierarchical multiple regression in counseling research: Common problems and possible remedies. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 36*(1), 9–22. <https://doi.org/10.1080/07481756.2003.12069076>
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2002). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 71–83. <https://doi.org/10.1002/jclp.10117>

- Powroznik, K., Stepanikova, I., & Cook, K. S. (2018). Growth from trauma: Gender differences in the experience of cancer and long-term survivorship. *Gender, Women's Health Care Concerns and Other Social Factors in Health and Health Care*, 17–36. <https://doi.org/10.1108/s0275-495920180000036001>
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social Support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 14(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Quezada-Berumen, L. & González-Ramírez, M. T. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de crecimiento postraumático en población mexicana. *Acción Psicológica*, 17(1), 13–28. <https://doi.org/10.5944/17.1.25736>
- Quezada-Berumen, L., Moral de la Rubia, J., Ibarra-González, L. D., & González-Ramírez, M. T. (2018). Estudio de validación del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés en personas trans de México. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, 121-134. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.1018.19367>
- Real Academia Española. (2022). Trauma. En Diccionario de la lengua española, 23ª ed. (versión 23.6 en línea). Recuperado el 8 de diciembre, 2022, de <https://dle.rae.es/trauma>
- Rigo, D. Y., & Donolo, D. (2018). Modelo de ecuaciones estructurales: usos en investigación en psicológica y educativa. *Revista Interamericana de Psicología*, 52 (3), 345-357.
- Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E., Álvarez, E., Coca, A., Mencía, S., Marcos, A. M., Mayordomo-Colunga, J., Fernández, F., Gómez, F., Cruz, J., Barón, L., Calderón, R. M., & Belda, S. (2017). Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: Dependence on resilience and coping strategies. *Psychological Trauma*, 9(4), 407-415. <https://doi.org/10.1037/tra0000211>.
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90003-1)
- Rogers, C., Gordon, T., Dorfman, E., & Hobbs, N. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. 3ª. Ed. Paidós.
- Rosenberg, A. R., Syrjala, K. L., Martin, P. J., Flowers, M. E., Carpenter, P. A., Salit, R. B., Baker, K. S., & Lee, S. J. (2015). Resilience, health, and quality of life among long-term survivors of hematopoietic cell transplantation. *Cancer*, 121(23), 4250-4257. <https://doi.org/10.1002/cncr.29651>
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Gruszczyńska, E. (2017). Satisfaction with life, big-five personality traits and posttraumatic growth among people living with HIV. *Journal of Happiness Studies*, 20(1), 35–50. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9925-3>
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Firląg-Burkacka, E. (2016). Gender differences in posttraumatic stress symptoms and the level of posttraumatic growth among a Polish

sample of HIV-positive individuals. *Aids Care*, 28(11), 1411–1415
<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1182615>

Rzeszutek, M., & Gruszczyńska, E. (2018). Posttraumatic growth among people living with HIV: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 114, 81–91.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.09.006>

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 3, 141 – 157.

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., & Jiménez, M. P. (1995). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (pp. 401-469). Interamericana.

Sandín, B., Valiente, R. M., & Chorot, R (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). UNED-FUE

Sattler, D., Boyd, B., & Kirsch, J. (2014). Trauma-exposed firefighters: Relationships among posttraumatic growth, posttraumatic stress, resource availability, coping and critical incident stress debriefing experience. *Stress & Health*, 30, 356–365. <https://doi.org/10.1002/smi.2608>

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99–125). Lawrence Erlbaum.

Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), 1033–1040.
<https://doi.org/10.1177/1359105311429203>

Schultz, J. M., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2010). Pathways to posttraumatic growth: The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2, 104 –114. <https://doi.org/10.1037/a0018454>

Seligman, M.E.P. (2017). *Florecer: la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Océano exprés.

Senol-Durak, E., & Ayvasik, B. (2010). Factors associates with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(2), 150-158.
<https://doi.org/10.1007/s10880-010-9192-5>

Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. (2010). Trauma type and posttrauma outcomes: differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault, and

bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 15(2), 69-82.
<https://doi.org/10.1080/15325020903373151>

Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. J. (2012). Behavioural changed add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 433-439.
<https://doi.org/10.1002/jt>

Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>

Shakespeare-Finch, J., Gow, K., & Smith, S. (2005). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 11(4), 325–334.
<https://doi.org/10.1177/153476560501100410>

Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624–634. <https://doi.org/10.1002/pon.3719>

Shaw, A., Joseph, S., Linley, A. P., & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/1367467032000157981>

Sheikh, A. L. & Marotta, S. A. (2005). A Cross- Validation study of the Posttraumatic Growth Inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 38(2), 66–77.
<https://doi.org/10.1080/07481756.2005.11909769>

Shigemoto, Y., Blakely L., Borowa, D., & Robitschek, C. (2017). Function of personal growth initiative on posttraumatic growth, posttraumatic stress, and depression over and above adaptive and maladaptive rumination. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1126-1145.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22423>

Shigemoto, Y., & Poyrazli, S. (2013). Factors related to posttraumatic growth in the U.S. and Japanese college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(2), 128–134. <https://doi.org/10.1037/a0026647>

Silva, S. M., Moreira, H. C., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Breast cancer and personal and relational growth: Psychometric characteristics of the portuguese version of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of portuguese women. *Revista Iberoamericana de Diagnostico e Avaliacao Psicologica*, 28, 105–133.

Schubert, C. F., Schmidt, U., & Rosner, R. (2016). Posttraumatic growth in populations with posttraumatic stress disorder: A systematic review on growth related psychological constructs and biological variables. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 469 - 486. <https://doi.org/10.1002/cpp.1985>

Silverstein, M. W., Witte, T. K., Lee, D. J., Kramer, L. B., & Weathers, F. W. (2018). Dimensions of growth? Examining the distinctiveness of the five factors of posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 31, 448-453. <https://doi.org/10.1002/jts.22298>

- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among Israeli ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress, 20*(3), 303–312. <https://doi.org/10.1002/jts.20216>
- Sörensen, J., Rzeszutek, M., & Gasik, R. (2019). Social support and post-traumatic growth among a sample of arthritis patients: Analysis in light of conservation of resources theory. *Current Psychology, 40*(4), 2017–2025. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0131-9>
- Steiger, J.H. (2000). Point estimation, hypothesis testing, and interval estimation using the RMSEA: Some comments and a reply to Hayduk and Glaser. *Structural Equation Modeling, 7*, 149–62. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0702_1
- Steger, M. F., Frazier, P. A., & Zacchanini, J. L. (2008). Terrorism in two cultures: Stress and growth following September 11 and the Madrid train bombings. *Journal of Loss and Trauma, 13*, 511–527. <https://doi.org/10.1080/15325020802173660>
- Strasshofer, D., Peterson, Z., Beagley, M., & Galovski, T. (2018). Investigating the relationship between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth following community violence: The Role of anger. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 10*(5), 515-522. <https://doi.org/10.1037/tra0000314>
- Su, Y. J., Chow, C. C., Yen, C. I., & Chuang, S. S. (2020). Posttraumatic growth among burn survivors 2 years after the 2015 Formosa fun coast water park explosion in Taiwan. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(1), 11–19. <https://doi.org/10.1037/tra0000458>
- Su, Y. J., & Chen, S. H. (2015). Emerging posttraumatic growth: A prospective study with pre- and posttrauma psychological predictors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 7*, 103–111. <https://doi.org/10.1037/tra0000008>
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review, 37*(1), 52–68. <https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087908>
- Suttle, M., Hall, M. W., Pollack, M. M., Berg, R. A., McQuillen, P. S., Mourani, P. M., Sapru, A., Carcillo, J. A., Startup, E., Holubkov, R., Notterman, D. A., Colville, G., & Meert, K. L. (2022). Post-Traumatic growth in parents following their child’s death in a pediatric intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine, 25*(2), 265–273. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0290>
- Taku, K., & Cann, A. (2014). Cross-national and religious relationships with posttraumatic growth: The role of individual differences and perceptions of the triggering event. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 45*, 601–617. <https://doi.org/10.1177/0022022113520074>
- Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). The role of rumination in the coexistence of distress and post-traumatic growth among bereaved Japanese university students. *Death Studies, 32*(5), 428–444. <https://doi.org/10.1080/07481180801974745>

- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.99>
- Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319–341
- Tedeschi, R., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L.G. (2004a). Posttraumatic growth: A new perspective in psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21(4).
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004b). Postraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2008). Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss. *Death Studies*, 32, 27-39. <https://doi.org/10.1080/0748118070174125>
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L.G. (2018). *Posttraumatic Growth: Theory, research and applications*. Ed. Routledge.
- Thomas, E. A., Owens, G. P., & Keller E. M. (2021). Relationships among non-interpersonal and interpersonal trauma types, posttraumatic stress, and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2592-2608. <https://doi.org/10.1002/jclp.23190>.
- Tolleson, A., & Zeligman, M. (2019). Creativity and posttraumatic growth in those impacted by a chronic illness/disability. *Journal of Creativity in Mental Health*, 14(4), 499–509. <https://doi.org/10.1080/15401383.2019.1632769>
- Tomás, J. M., Sancho, P., & Meléndez, J. C. (2013). Validación del Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(1), 103-122.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Ed. Paidós.
- UNASEV (2022). Tercer Informe de Gestión y Estadística de Seguridad Vial. <https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/datos-y-estadisticas/estadisticas>
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Pirámide.

- Vázquez, C., Valiente, C., García, F. E., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., & Bentall, R. (2021). Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*, 22, 2915-2935. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>
- Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (1), 625-627.
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., & Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Veronese, Pepe, A., Massaiu, I., De Mol, A. S., & Robbins, I. (2017). Posttraumatic growth is related to subjective well-being of aid workers exposed to cumulative trauma in Palestine. *Transcultural Psychiatry*, 54(3) 332–356 <https://doi.org/10.1177/1363461517706288>
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 110–120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x>
- Wastell, (2005). *Understanding trauma and emotion. Dealing with trauma using a emotion-focused approach*. Ed. Allin & Unwin.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on Posttraumatic Growth: An introduction and guide*. John Wiley & Sons, Inc.
- Wlodarczyk, A., Basabe, N., Páez, D., Reyes, C., Villagrán, L., Madariaga, C., Palacio, J., & Martínez, F. (2016). Communal coping and posttraumatic growth in a context of natural disasters in Spain, Chile, and Columbia. *Cross-Cultural Research*, 50, 325–355. <https://doi.org/10.1177/1069397116663857>
- Wild, N. D., & Paivio, S. C. (2004). Psychological adjustment, coping, and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(4), 97–122.
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 54(4), 334–345.
- Yazici, H., Ozdemir, M., & Koca, F. (2020). Impact of posttraumatic stress disorder symptoms on posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 389-400. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1801240>
- Yim, J. Y., & Kim, J. A. (2022). Factors influencing posttraumatic growth among nurses caring for COVID-19 patients: A path analysis. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1940-1948. <https://doi.org/10.1111/jonm.13660>

- Yilmaz, M., & Zara, A. (2016). Traumatic loss and posttraumatic growth: the effect of traumatic loss related factors on posttraumatic growth. *Anatolian Journal Of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *17*(1). <https://doi.org/10.5455/apd.188311>
- Zeligman, M., Barden, S.M., & Hagedorn, W.B. (2016). Posttraumatic growth and HIV: A study on associations of stigma and social support. *Journal of Counseling & Development*, *94*(2), 141-149. <https://doi.org/10.1002/jcad.12071>
- Zhang, L., Lu, Y., Qin, Y., Xue, J., & Chen, Y. (2020). Post-traumatic growth and related factors among 1221 Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *29*(2), 413–422. <https://doi.org/10.1002/pon.5279>
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Post-traumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, *26*, 626-653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>
- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of Its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(3), 245-263. <https://doi.org/10.1002/jclp.20441>
- Zhou, X., Wu, X., & Zhen R. (2018). Patterns of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adolescents after the Wenchuan earthquake in China: A latent profile analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(1), 57-63. <https://doi.org/10.1002/jts.22246>
- Zhou, L., Wei, L., Chu, Y., Xie, Q. (2023). College graduates negative life experiences, coping strategies and enlightenment during the COVID-19 pandemic: A qualitative study in China. *Psychology Research and Behavior Management*, *16*, 1811-1829. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S406987>.

Apéndices

Apéndice A.

Consentimiento informado y protocolo de aplicación



Universidad
Católica del
Uruguay

Consentimiento válido para los participantes de investigación.

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Yo, _____, he sido informado que la investigadora Mag. Leticia Daguerre quiere llevar a cabo una investigación que tiene como objetivo estudiar la relación entre la exposición a eventos traumáticos, el crecimiento postraumático, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, en una muestra no clínica de estudiantes universitarios uruguayos. Los resultados obtenidos buscarán contribuir al conocimiento científico y ser de utilidad en la práctica clínica y prevención de sintomatología, ya que se busca responder si el apoyo social y las estrategias de afrontamiento inciden en la posibilidad de desarrollar crecimiento postraumático luego de haber vivido situaciones traumáticas.

Como parte de las informaciones que los investigadores me han proporcionado yo he entendido que:

- a) El objetivo del estudio forma parte de la investigación doctoral de la Prof. Mag. Leticia Daguerre, tutorada por la Prof. Dra. Lilián Daset, ambas docentes del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud (UCU).
- b) Como parte de la investigación deberé responder 3 cuestionarios y una ficha de datos socio-demográficos; que serán provistos por el equipo de investigación y que serán administrados de forma colectiva en el horario habitual de clases, lo que insumirá unos 40 minutos aproximadamente. Para la aplicación de los cuestionarios, se ha pedido autorización a la Vicerrectora Académica de la UCU Mag. Mónica Arzuaga y a los Coordinadores de las carreras involucradas, así como a los docentes con quienes se ha fijado con la agenda de visita a cada grupo.
- c) Participar de esta investigación no supone ningún riesgo, salvo la molestia de disponer del tiempo que deberé destinar a contestar los cuestionarios.
- d) Se preservará la identidad de las personas involucradas, los datos o informaciones personales serán **confidenciales** no siendo revelado a otras personas o instituciones sin mi autorización. Los protocolos serán guardados durante 5 años en un armario bajo llave en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud.
- e) En caso de que presente algún resultado de riesgo se me contactará para una entrevista de devolución donde se verán posibilidades de derivación.
- f) La participación es voluntaria y puedo dar por terminada mi participación en el proceso de investigación en cualquier momento sin recibir ningún tipo de perjuicio o inconveniente.

g) Al finalizar el estudio los datos serán publicados en revistas científicas y comunicados en congresos o eventos científicos de la especialidad, **no pudiendo identificarse los resultados individuales ni las personas involucradas.**

h) El proyecto de investigación ha sido presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Uruguay.

i) Tendré la posibilidad, en caso de desearlo, de participar de un taller sobre “El manejo de la ansiedad y Reducción de estrés” que será dictado por los investigadores.

j) Podré contactarme durante o después de la investigación para evacuar dudas o realizar preguntas al teléfono: 24872717 int.6547 o al mail: Leticia.daguerre@ucu.edu.uy

Habiendo entendido las informaciones antes detalladas, acepto participar de la investigación titulada: “Apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento en el crecimiento postraumático”, que se llevará a cabo a partir de la fecha.

Yo, _____ por voluntad propia, declaro que he comprendido toda la información suministrada y he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes.

Montevideo, ____ de _____ de 2019.

Firma de la persona: _____

Aclaración de Firma: _____

Me interesa participar del Taller ofrecido: SI ____NO____

Mail de contacto: _____

Cuestionario Socio-demográfico

Por favor le agradecemos complete los siguientes datos sociodemográficos:

Sexo:	<input type="checkbox"/>	Femenino	Edad:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Masculino	Nacionalidad:	_____
Carrera:	_____		Año que cursa:_____	
Estado civil:	<input type="checkbox"/>	Soltero/a	<input type="checkbox"/>	Divorciado/a
	<input type="checkbox"/>	Casado/a	<input type="checkbox"/>	Viudo/a
	<input type="checkbox"/>	En concubinato		
Situación laboral:		Trabajador dependiente	<input type="checkbox"/>	
		Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>	
		No trabaja	<input type="checkbox"/>	

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

(Sandín y Chorot, 2004)

Instrucciones: A continuación, se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan más unas formas que otras.

Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y **recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.**

Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (*aproximadamente durante el pasado año*).

Indique el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

	<i>Nunca</i> <i>0</i>	<i>Pocas</i> <i>veces</i> <i>1</i>	<i>A</i> <i>veces</i> <i>2</i>	<i>Frecuent</i> <i>emente</i> <i>3</i>	<i>Casi</i> <i>siempre</i> <i>4</i>
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7. Asistí a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					

15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25. Agredí a algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»					
32. Me irrité con alguna gente					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					

39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar					

Cuestionario de Experiencias Traumáticas

(Trauma Questionnaire – TQ - de Davidson y Smith, 1990, adaptado por Bobes et al., 2000)

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no».

Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento o en que año recuerda que fue.

PARTE I

Acontecimiento			Edad o año (cuando ocurrió el suceso)
1. Sufrir un robo o rapiña	SI	NO	
2. Presenciar el robo o rapiña de alguien cercano	SI	NO	
3. Presenciar el robo o rapiña de alguien desconocido	SI	NO	
4. Sufrir un accidente en algún medio de transporte (auto, ómnibus, tren, otros)	SI	NO	
5. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo	SI	NO	
6. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	SI	NO	
7. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones	SI	NO	
8. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por incendio	SI	NO	
9. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado, huracán u otro evento climático	SI	NO	
10. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto	SI	NO	
11. Accidente industrial o de trabajo	SI	NO	
12. Estar próximo a ahogarse	SI	NO	
13. Abuso físico	SI	NO	
14. Sufrir graves quemaduras	SI	NO	
15. Sufrir una agresión por un tercero	SI	NO	
16. Violación	SI	NO	
17. Incesto	SI	NO	
18. Secuestro o ser privado de libertad por un periodo de tiempo	SI	NO	
19. Ir a combate (o encontrarse en zona de guerra o combate)	SI	NO	
20. Otra situación (especificar): _____	SI	NO	

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación.

PARTE II

Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable **recordar ahora**.

ACONTECIMIENTO:

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO	SI
2. El acontecimiento, ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s	NO	SI
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	NO	SI
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO	SI
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	NO	SI
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	NO	SI
7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento	NO	SI
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO	SI
9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	NO	SI

PARTE III

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presentan síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso*.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	NO	SI
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO	SI
3. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	NO	SI
4. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO	SI
5. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO	SI
6. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO	SI
7. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	NO	SI
8. No poder recordar una parte importante del suceso	NO	SI
9. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	NO	SI
10. Tener creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (“estoy mal”, “no puedo confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”)	NO	SI
11. Incapacidad de experimentar emociones positivas (felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos)	NO	SI

12. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO	SI
13. Sentirse avergonzado o culpable tras el acontecimiento	NO	SI
14. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	NO	SI
15. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	NO	SI
16. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO	SI
17. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO	SI
18. Dificultad para dormir	NO	SI
19. Problemas de concentración	NO	SI
20. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	NO	SI
21. Tener comportamiento imprudente o autodestructivo que antes del suceso no tenía.	NO	SI
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	NO	SI
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	NO	SI

¿En la actualidad mantiene alguno de estos síntomas?
En caso afirmativo indique el que mantiene

NO	SI
----	----

Inventario de Crecimiento Postraumático

(Calhoun y Tedeschi, 1999, adaptación de Páez et al., 2011)

Instrucciones:

Te proponemos algunas afirmaciones relacionadas con la reacción tenida después del hecho traumático.

Te pedimos que indiques con una cruz la expresión que más se acerca a tu experiencia.

Después de la situación dolorosa...	Ningún Cambio	Un cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy importante
1. He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que es importante en la vida	0	1	2	3	4	5
2. Aprecio más el valor de mi vida o la valoro más	0	1	2	3	4	5
3. Tengo o he desarrollado nuevos intereses	0	1	2	3	4	5
4. Tengo más confianza en mi mismo	0	1	2	3	4	5
5. Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente	0	1	2	3	4	5
6. Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis y necesidad	0	1	2	3	4	5
7. He construido un nuevo rumbo o caminos de vida	0	1	2	3	4	5
8. Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás	0	1	2	3	4	5
9. Estoy más dispuesto a expresar mis emociones o manifiesto las emociones de forma más espontánea	0	1	2	3	4	5
10. Siento que puedo arreglármelas mejor en los momentos difíciles	0	1	2	3	4	5
11. Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida	0	1	2	3	4	5
12. Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida o puedo aceptar mejor las cosas como viene	0	1	2	3	4	5
13. Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día	0	1	2	3	4	5
14. Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que de no haber pasado esto no habrían sucedido	0	1	2	3	4	5
15. Tengo o siento más compasión hacia los demás	0	1	2	3	4	5

16. Aporto o pongo más energía en las relaciones personales	0	1	2	3	4	5
17. Estoy más dispuesto a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben ser cambiadas	0	1	2	3	4	5
18. Tengo más fe religiosa	0	1	2	3	4	5
19. He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba	0	1	2	3	4	5
20. He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser	0	1	2	3	4	5
21. Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás	0	1	2	3	4	5