

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Experiencias de crecimiento postraumático y soporte social en pacientes de
COVID-19 hospitalizados en Lima Metropolitana**

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

Isabel Gabriela Faustino Gálvez

Asesora

Erika Janos Uribe

Lima, 2025

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Erika Janos Uribe

docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia

Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado


Experiencias de crecimiento postraumático en pacientes de COVID-19 hospitalizados en Lima

Metropolitana, del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as) Isabel Faustino Galvez, dejo constancia

de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 10 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el (17/11/2025)
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 17 de noviembre del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Erika Janos	
DNI:46868636	Firma 
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4273-7396	

Agradecimientos

A mi madre, por su amor, paciencia y constante apoyo en cada paso de mi vida. Has sido mi inspiración y fortaleza para alcanzar mis metas. Todo esto es posible gracias a ti.

A mi familia, por su apoyo invaluable y constante motivación durante mi trayectoria universitaria. Su cariño y confianza me impulsaron siempre. Espero hacerlos sentir profundamente orgullosos.

A mis amigos, por estar a mi lado y darme ánimos en los momentos complicados. Su apoyo y paciencia hicieron posible que alcanzara esta meta.

A Sofí, por la ternura y comprensión que siempre me ha mostrado. Me siento honrada de ser tu amiga y de poder compartir contigo risas y lágrimas y que estemos juntas en nuestros éxitos y fracasos.

A Olivia, por su compañía incondicional y por estar a mi lado en cada momento. Tu dulce presencia me ha brindado paz y energía para seguir adelante. Míau.

A mi asesora Erika, por su valiosa orientación y apoyo a lo largo de la elaboración de mi tesis.

A los pacientes de COVID-19 que participaron en esta investigación. Su admirable valor y generosa disposición a compartir sus experiencias han enriquecido enormemente este estudio.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo comprender las experiencias de crecimiento postraumático y soporte social en pacientes de COVID-19 hospitalizados en Lima Metropolitana. El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, mediante entrevistas a profundidad realizadas a siete personas hospitalizadas entre 2020 y 2021, cuyas edades oscilaron entre los 43 y 67 años. A través del análisis temático, se identificaron cuatro temas principales. El primero destacó al soporte social como recurso esencial en la hospitalización y recuperación, evidenciando el rol de vínculos significativos, el contacto intrahospitalario, el apoyo entre pacientes y las limitaciones del mismo. El segundo abordó las transformaciones en las relaciones interpersonales, con mayor valoración de los lazos cercanos y fortalecimiento de la comunicación. El tercero mostró cambios en la percepción personal y en la filosofía de vida, con mayor autocuidado, gratitud, redefinición de prioridades y conductas altruistas. El cuarto reflejó la reconstrucción de sentido mediante las dimensiones del crecimiento postraumático propuestas por Tedeschi y Calhoun. Los hallazgos evidencian que, aun en contextos adversos, es posible construir transformaciones significativas; y aportan al incipiente estudio del tema en el Perú.

Palabras clave: crecimiento postraumático, soporte social, pacientes hospitalizados, COVID-19

Abstract

This research aims to understand the experiences of post-traumatic growth and social support in COVID-19 patients that were hospitalized in Metropolitan Lima. The study was carried out from a qualitative approach, through in-depth interviews with seven individuals hospitalized between 2020 and 2021, whose ages ranged from 43 to 67.

Through thematic analysis, four main themes were identified. The first highlighted social support as an essential resource during hospitalization and recovery, highlighting the role of meaningful bonds, in-hospital contact, support between patients, and its limitations. The second addressed transformations in interpersonal relationships, with greater appreciation for close ties and strengthened communication. The third showed changes in personal perception and philosophy of life, with greater self-care, gratitude, redefinition of priorities, and altruistic behaviors. The fourth reflected the reconstruction of meaning through the dimensions of post-traumatic growth proposed by Tedeschi and Calhoun. To date, the positive aspects of the experience of patients who have overcome COVID-19 have not been exhaustively researched in Peru. This study contributes to establishing the foundations of research in this specific area.

Keywords: post-traumatic growth, social support, hospitalized patients, COVID-19

Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	14
Participantes.....	14
Técnicas de recolección de información.....	17
Procedimiento.....	18
Análisis de la información.....	20
Resultados y discusión.....	22
Conclusiones.....	45
Referencias.....	49
Apéndices.....	66
Apéndice A: Consentimiento informado escrito.....	67
Apéndice B: Consentimiento informado oral.....	68
Apéndice C: Protocolo de contención.....	69
Apéndice D: Ficha sociodemográfica.....	71
Apéndice E: Instrumento: Guía de Entrevista.....	72

Introducción

En el 2020, el virus SARS-CoV-2 se expandió rápidamente alrededor del mundo, dejando graves consecuencias tras su paso (Ministerio de Salud [MINSA], 2021a). Inicialmente detectado en la provincia de Wuhan, China, el COVID-19 es una enfermedad infecciosa provocada por el coronavirus recién identificado como SARS-CoV-2, cuyas secuelas a mediano plazo en las personas afectadas son todavía un tema de estudio de importancia creciente (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

La infección por COVID-19 se puede presentar en un amplio rango de manifestaciones clínicas, que pueden categorizarse según la severidad de la enfermedad. De esta manera, la enfermedad puede producirse de manera asintomática o presintomática, en la que los pacientes que dan positivo al virus no muestran síntomas consistentes con el mismo (National Institute of Health [NIH], 2023). Asimismo, la enfermedad leve implica la manifestación de síntomas como fiebre, tos seca, dolor de garganta, fatiga, dolores musculares, y la pérdida del gusto o el olfato, pero sin dificultad para respirar o disnea (OMS, 2020; NIH, 2023). La enfermedad moderada involucra afecciones en las vías respiratorias inferiores, aunque la saturación de oxígeno medida por oximetría de pulso se mantiene mayor igual a 94% (NIH, 2023). La enfermedad severa implica que los niveles de saturación de oxígeno se encuentren por debajo del 94%, lo que puede conducir a un rápido deterioro clínico, por lo que el paciente debe recibir oxigenoterapia y ser hospitalizado (NIH, 2023). Finalmente, la enfermedad en su forma más crítica puede causar síndrome de dificultad respiratoria aguda, shock séptico, shock cardíaco y la exacerbación de comorbilidades subyacentes (NIH, 2023).

Las comorbilidades se clasifican como factores de riesgo para manifestaciones de COVID-19 más graves (CDC, 2023). El término 'comorbilidad' hace referencia a cualquier condición de salud a largo plazo que coexiste en un individuo con una condición específica de interés, en este caso, el COVID-19 (Russell et al., 2023). Es preciso señalar que la mayoría de los pacientes con síntomas que hacían necesaria la hospitalización se encontraba en la etapa de la adultez temprana o media, siendo mayores de 40 años. En esta edad se empezaban a presentar mayores complicaciones o comorbilidades de salud que aumentaban la probabilidad de requerir atención hospitalaria (Garg et al., 2020; Gold et al., 2020; Dorjee et al., 2020). De esta manera, las personas mayores de 40 años, presentaban 1.8 más probabilidades de ser hospitalizadas, en comparación a demografías de edades entre 18 y 29 años (CDC, 2023).

La severidad y rapidez de propagación del contagio llevaron a que la OMS declarara al COVID-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020, tras registrarse más de 118.000 casos en 114 países y un total de 4.291 fallecimientos (CDC, 2023). El primer caso de COVID-19 en el Perú fue reportado el 6 de marzo del mismo año, mediante un comunicado emitido por el entonces presidente Martín Vizcarra, conjuntamente con el MINSA (MINSA, 2023a). El 15 de marzo, mediante el Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM, se promulgó el Estado de Emergencia Nacional y la Emergencia Sanitaria por COVID-19; que implementaba medidas para contrarrestar el avance de la pandemia, como el confinamiento social obligatorio y la restricción de la libertad de tránsito (DS N.º 044-2020-PCM; MINSA, 2023a).

A pesar de haber implementado una de las cuarentenas más rigurosas de la región, el Perú fue uno de los países más impactados por la pandemia a nivel global. Desde el inicio de la pandemia en 2020 y hasta finales del 2021, se registraron 2,287,494 casos, y alrededor de 202.584 fallecimientos confirmados por COVID-19 (MINSA, 2023b, MINSA, 2021b). Del mismo modo, hacia finales de 2021, alrededor de 3,199 pacientes permanecían hospitalizados debido a la evolución severa de la enfermedad, y de ellos, 902 se encontraban en UCI bajo ventilación mecánica (MINSA, 2021b). De igual manera, en el mismo período de tiempo, 2.270.349 pacientes fueron dados de alta de un establecimiento médico, o completaron el período de aislamiento en sus domicilios (MINSA, 2021b).

La pandemia expuso las limitaciones del sistema de salud peruano, que dificultaron el proceso de diagnóstico, el monitoreo y el manejo del creciente número de contagios y fallecimientos (MINSA, 2021a). Entre las principales falencias del sistema sanitario resalta la ausencia de infraestructuras hospitalarias, medicamentos y equipamiento adecuado, al igual que la escasez de profesionales especializados en el tratamiento de esta nueva enfermedad (Malarin, 2022; Vargas et al., 2021). Esto desencadenó una crisis sanitaria sin precedentes, en la que servicios de salud esenciales se tornaron inaccesibles, como, por ejemplo, el acceso a camas UCI y el desabastecimiento de oxígeno medicinal y ventiladores mecánicos (Lizaraso & Del Campo, 2021; Tafur, 2022).

La pandemia de COVID-19, junto con la crisis del sistema de salud y sus efectos psicológicos y sociales tanto directos como indirectos, impactó significativamente la salud mental pública, tanto a nivel global como en el ámbito nacional (Rivera Feijoo, 2023; Tsamakis et al., 2021). La salud mental es un estado caracterizado por el bienestar

emocional, un adecuado ajuste del comportamiento, una ausencia relativa de ansiedad y sintomatología incapacitante, y la habilidad para desarrollar relaciones constructivas y afrontar las exigencias y el estrés cotidiano (American Psychological Association [APA], 2022). La alta transmisibilidad del virus, el incremento de casos confirmados y fallecimientos, la dificultad de acceso a los servicios de hospitalización y cuidados intensivos llevaron a la población a experimentar sentimientos de temor, angustia y tristeza (MINSa, 2021a). De este modo, estudios previos señalan que las personas pueden presentar un incremento en problemas de salud mental, tales como depresión, ansiedad, estrés, ataques de pánico, ira, impulsividad, trastornos psicósomáticos, alteraciones del sueño, consumo de sustancias, síntomas de estrés postraumático e incluso pensamientos suicidas (Hossain et al., 2020; Talevi et al., 2020; Tsamakis et al., 2021).

En el contexto peruano, se observó una incidencia incrementada en los problemas de depresión, estrés y ansiedad, denominándose como la tríada mental más frecuente debido al contexto de aislamiento social obligatorio en el país (MINSa, 2020). Asimismo, el Boletín Epidemiológico, elaborado por el Hospital Hermilio Valdizán, refiere que se registró un incremento en los casos atendidos por diagnósticos de episodios depresivos moderados y graves, y por trastornos de conducta adictiva (MINSa, 2020). De igual manera, el informe realizado por Datum (2020) señala que predominaban los sentimientos de temor, cansancio, aburrimiento, irritabilidad, estrés y preocupación, y que factores como la incertidumbre del contexto y el temor ante la posibilidad de contagio afectaban significativamente la salud mental de los ciudadanos (Datum, 2020).

Además, una encuesta llevada a cabo por UNICEF destacó el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los jóvenes, revelando que el 27% expresó haber experimentado ansiedad y el 15% señaló haber padecido depresión (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021). Es importante señalar que la presencia de problemas de salud mental se observó con mayor frecuencia en mujeres, personas jóvenes, viudas, divorciadas o separadas, individuos con menor nivel educativo, en situación de pobreza, afectados por el desempleo ocasionado por la pandemia, quienes atravesaron la enfermedad de COVID-19 de manera directa, así como en aquellos que tuvieron familiares contagiados o fallecidos a causa del virus (Rivera Feijoo, 2023).

De acuerdo con investigaciones centradas en explorar y documentar las experiencias de los pacientes sobrevivientes del COVID-19, las actitudes predominantes que mostraban hacia la enfermedad incluían, inicialmente, miedo, negación y rechazo (Sun et al., 2021a). Del mismo modo, los pacientes señalaron que el carácter viral de la

enfermedad, las restricciones de cuarentena y la preocupación por la salud de sus familiares constituían importantes fuentes de estrés (Sun et al., 2021a). El estrés es un concepto complejo de delimitar. Uno de los primeros en definirlo fue Hans Selye (1976), quien lo describió como 'la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda', constituyendo una de las formulaciones más generales del término (Fink, 2016). En esa línea, el estrés se describe como un estado de tensión o preocupación mental generado por una situación desafiante (World Health Organization [WHO], 2023). Es la respuesta fisiológica o psicológica a los factores estresantes internos o externos que impulsa a las personas a abordar los desafíos y amenazas en sus vidas (APA, 2023b; WHO, 2023).

En el caso de pacientes que fueron hospitalizados, estos manifestaron haber tenido que afrontar situaciones como el manejo de emociones y sentimientos que surgieron por la incertidumbre de su condición, y la adaptación a la cotidianidad luego de ser dados de alta (Yip et al., 2022). De igual manera, muchos pacientes refirieron que, incluso tras haber superado la enfermedad, experimentaban sentimientos negativos relacionados a dudas sobre el futuro, miedo a la reinfección, aislamiento social y malos recuerdos de la enfermedad grave (Ardakani et al., 2022). En este sentido, una investigación realizada en Perú concluyó que la enfermedad impactó el estado emocional de los pacientes tras el COVID-19, en tanto manifestaron experimentar ansiedad, tristeza y angustia, asociadas al aislamiento social y la incertidumbre del contexto (Vásquez et al., 2022). Igualmente, otro estudio realizado en el contexto nacional reportó que los pacientes que habían necesitado atención médica en los últimos 14 días desarrollaron manifestaciones de angustia psicológica, como aumento de la ansiedad, depresión y sentimientos de incertidumbre (Ruíz et al., 2021).

En base a lo anterior, es pertinente afirmar que la pandemia por COVID-19 fue un hecho de alto impacto a nivel global, por lo que podría considerarse como un estresor traumático, tanto a nivel individual como colectivo (Bridgland et al., 2021; Masiero et al., 2020). El trauma es una respuesta emocional compleja a un evento estresante, que sobrepasa la capacidad de afrontamiento del individuo (Masiero et al., 2020). Las experiencias traumáticas pueden resultar en miedo significativo, impotencia, disociación, confusión y otros sentimientos disruptivos que afectan de manera prolongada las actitudes, el comportamiento y otras áreas del funcionamiento de una persona, al punto de desafiar su visión del mundo como seguro y predecible (APA, 2023). Aunque los efectos psicológicos del trauma no siempre son evidentes, se hacen presentes tanto

inmediatamente como después de muchos años del evento traumático (Stefanovic et al., 2022).

El trauma puede clasificarse en tres tipos. En primer lugar, el trauma tipo I es el resultado de un solo evento que sucedió con una escala de tiempo limitada, como presenciar un asesinato o tener un accidente automovilístico (Solomon & Heide, 1999). El trauma tipo II es una secuencia de traumas/estresores continuos con escalas de tiempo prolongadas que ocurrieron y cesaron, como el abuso sexual (Kira, 2021). El trauma tipo III es más extremo, ya que incluye los traumas continuos y los estresores con escalas de tiempo prolongadas que pueden continuar a lo largo de la vida (Solomon & Heide, 1999; Stefanovic et al., 2022). Este tipo de trauma ocurre cuando un individuo experimenta múltiples eventos violentos generalizados que comienzan a una edad temprana y continúan durante un largo período de tiempo (Solomon & Heide, 1999).

Específicamente, el estrés traumático que deriva de la pandemia por COVID-19 puede entenderse dentro del modelo de trauma tipo III de estrés traumático acumulativo continuo, lo que incrementa la severidad de sus consecuencias (Kira et al., 2023). Estudios cuantitativos como el realizado por Bridgland y colaboradores (2021), sostienen que las reacciones traumáticas ante la pandemia se relacionaban más con la ansiedad por el futuro, la exposición indirecta mediante de la cobertura de los medios, la exposición directa como el contacto con el virus; y otros eventos estresantes, como el aislamiento, el desempleo, la enfermedad y la muerte. Adicionalmente, investigaciones como la llevada a cabo por Masiero y colaboradores (2020) describen potenciales fuentes de trauma en la pandemia, tales como la fatiga por toma de decisiones de alto riesgo, el duelo tras la pérdida de seres queridos, la pérdida de roles e identidad, y las brechas sociales asociadas a la crisis económica.

Considerando lo anterior, las respuestas que un individuo puede tener al experimentar acontecimientos traumáticos pueden clasificarse en tres categorías. En primer lugar, la persona puede resultar abrumada ante los estresores propios del contexto, como el confinamiento y la crisis económica y sanitaria, llegando a presentar sintomatología ansiosa y depresiva, así como estrés agudo y traumático (Hossain et al., 2020; Talevi et al., 2020; Shevlin et al., 2020; Tsamakakis et al., 2021). En segundo lugar, el individuo podría demostrar resiliencia, mediante su capacidad de recuperarse de las crisis y modificar objetivos y comportamientos para afrontar los cambios constantes de la situación y mantener niveles estables y saludables de funcionamiento psicológico y físico (Bonnano, 2004; Kuntz, 2003; Noriega et al., 2011;). En tercer lugar, existe la

posibilidad de que la persona pueda beneficiarse de la experiencia o incluso optimizar su funcionamiento, lo que, en el estudio del trauma, se conoce como crecimiento postraumático (Calhoun & Tedeschi, 1999; Westphal & Bonanno, 2007).

En los últimos años, se ha acrecentado el interés por el estudio de las respuestas de resiliencia y crecimiento postraumático. Si bien ambos implican un afrontamiento positivo tras un evento traumático y estresante, es necesario establecer una diferencia entre estos conceptos (Bonanno, 2004; Infurna & Jayawickreme, 2019; Levine et al., 2009; Westphal & Bonanno, 2007). Así, la resiliencia puede definirse como una trayectoria de niveles estables y saludables de funcionamiento psicológico, en relación a la salud mental y el bienestar, antes y después de los hechos adversos (Bonanno & Diminich, 2013; Infurna & Jayawickreme, 2019).

De esta manera, la resiliencia se caracteriza, en primer lugar, por ser un factor protector que surge de atributos personales que permiten a las personas recuperar un estado de bienestar tras los acontecimientos traumáticos (Bonanno, 2004; Kuntz, 2020; Southwick et al., 2014). En segundo lugar, es un proceso cognitivo-emocional dinámico, que emplea recursos personales, sociales y ambientales para adaptarse a estresores agudos y crónicos (Fletcher & Sarkar, 2013; Kuntz, 2020; Shaw et al., 2016). En tercer lugar, involucra la capacidad de desarrollar recursos que sirvan de preparación para enfrentar de manera efectiva, e incluso prosperar frente a la adversidad (Kuntz et al., 2017; Kuntz, 2020; Vanhove et al., 2016). De este modo, la resiliencia posibilitaría que los pacientes que han superado el COVID-19 conserven un funcionamiento adecuado y un estado de bienestar equilibrado tras haber enfrentado la experiencia potencialmente traumática de la hospitalización (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Por su parte, el crecimiento postraumático hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta tras enfrentarse a un evento crítico (Calhoun & Tedeschi, 1999). Este concepto surge desde la perspectiva de la psicología positiva, y destaca la capacidad de los seres humanos para afrontar e incluso beneficiarse de experiencias difíciles (Levine et al., 2009; Poseck et al., 2006). A diferencia de la resiliencia, el crecimiento postraumático implicaría que la persona no solo retome el funcionamiento previo al del hecho traumático, sino que también presente un crecimiento significativo (Akhtar, 2017; Lindstrom et al., 2013; Westphal & Bonanno, 2007).

Es importante precisar que el concepto de crecimiento postraumático encapsula la tendencia de una persona a presenciar cambios positivos significativos después de la exposición a una crisis importante de la vida (Calhoun et al., 2000). Tras las adversidades,

el desarrollo del crecimiento postraumático se ve respaldado por una multiplicidad de procesos, como la reformulación de experiencias, el enfoque en los beneficios positivos percibidos del trauma en la vida, los ajustes a las prioridades de la vida y la adopción de hábitos de vida saludables (Jin et al., 2014). De esta manera, el crecimiento postraumático puede conducir a que las personas puedan mejorar sus relaciones con los demás, fortalecer sus vínculos familiares y cercanos, crear nuevas posibilidades, promover la fortaleza personal, experimentar un cambio espiritual o aumentar la apreciación de la vida (Jin et al., 2014; Prati & Pietrantonio, 2009; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014)

De acuerdo con el modelo propuesto por Tedeschi y Calhoun (1996; 2004), el crecimiento postraumático puede manifestarse en cinco dimensiones relacionadas entre sí: (1) mejora en las relaciones con otros, caracterizada por una mayor cercanía, empatía y disposición a brindar apoyo a los demás; (2) descubrimiento de nuevas posibilidades, que implica aperturarse a metas, actividades u oportunidades no consideradas antes; (3) fortaleza personal, entendida como el reconocimiento de la propia resiliencia y capacidad para hacer frente a la adversidad; (4) mayor apreciación por la vida, que se traduce en una valoración más intensa del presente y de gratitud por los aspectos significativos de la existencia; y (5) cambios espirituales, que incluyen transformaciones en la fe, creencias o en la visión del mundo. Estas dimensiones son representativas de las áreas en que las personas pueden reconstruir sentido y experimentar cambios psicológicos positivos tras una experiencia altamente estresante o traumática.

Según Tedeschi y Calhoun (2004), el crecimiento postraumático se caracteriza por cuatro características esenciales que lo distinguen de otras perspectivas. En primer lugar, se centra principalmente en experiencias de vida profundamente disruptivas, más que en niveles bajos de estrés. En segundo lugar, a diferencia de los enfoques que destacan únicamente la percepción subjetiva del crecimiento, se sostiene que este implica cambios reales y transformadores en la vida de las personas. En tercer lugar, estos cambios son vividos como parte de un proceso continuo o como un resultado concreto, y no simplemente como un mecanismo de afrontamiento. Por último, el crecimiento postraumático significativo puede coexistir con la angustia psicológica, en tanto implica una amenaza significativa o la necesidad de reestructurar esquemas fundamentales de pensamiento.

Los beneficios que implica el crecimiento postraumático pueden presentarse en tres dominios principales: cambio en la percepción de sí mismo, cambio en las relaciones con los demás y cambio en la filosofía de vida (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi &

Calhoun, 1996). El cambio en la percepción de uno mismo involucra la sensación de fortaleza que el individuo experimenta tras haber superado una situación adversa, lo que le brinda una confianza que puede extrapolarse a todo tipo de eventos, incluidos los traumas futuros (Tedeschi & Calhoun, 1996). El cambio en las relaciones interpersonales refleja la profundización de los vínculos familiares, amicales y sentimentales que se mantienen con los demás, al darse cuenta de la importancia de los mismos (Tedeschi & Calhoun, 1996). Los cambios en la filosofía de vida hacen referencia a la mayor apreciación de su propia existencia y la mejor perspectiva de la vida que los individuos llegan a percibir tras los hechos difíciles (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Los factores asociados al crecimiento postraumático van desde los intrapersonales hasta los interpersonales y ambientales (Linley & Joseph, 2004; O'Donovan & Burke, 2022). Entre los factores intrapersonales se consideran elementos particulares, tales como las características demográficas, las creencias religiosas, la cognición, la angustia psicológica y los estilos de afrontamiento (Prieto & Jódar, 2020). Aunque la relación entre el crecimiento postraumático y las características de personalidad no es del todo consistente, cualidades como el optimismo o la predisposición a identificar aspectos positivos en circunstancias adversas pueden favorecerlo (Levi et al., 2021; Koliouli & Canellopoulos, 2021; O'Donovan & Burke, 2022). Por el lado de los factores interpersonales y ambientales externos, se incluye la severidad y tiempo de exposición al evento traumático, el apoyo social y la calidad de las relaciones sociales (Cadell et al., 2003; Cheng & Liu, 2022; Hamam et al., 2021).

Algunos estudios desarrollados en el contexto de la pandemia evidencian cómo las personas experimentaron crecimiento postraumático. Aunque gran parte de la literatura ha enfatizado los efectos negativos en la salud mental, investigaciones cuantitativas como la de Partington et al. (2022) señalan que, aunque la pandemia de COVID-19 generó una legítima preocupación por los efectos negativos en la salud mental de las personas, medidas como el confinamiento también pudieron ofrecer oportunidades para fortalecer vínculos familiares y promover el bienestar. En esa misma línea, Xiao et al. (2022) encontraron que una parte de los pacientes sobrevivientes a la hospitalización por COVID-19 afrontó de manera adaptativa las dificultades y el estrés, mostrando cambios propios del crecimiento postraumático. Del mismo modo, el estudio de Yan et al. (2021) reportó que pacientes con mayores niveles de estrés postraumático, acompañados de alta autoestima, estilos de afrontamiento positivos, soporte social

significativo y bajos niveles de ira, tendieron a desarrollar un mayor crecimiento postraumático.

De igual manera, desde una perspectiva cualitativa, la investigación realizada por Cheng y Liu (2022), muestra que, si bien el malestar psicológico fue una experiencia común durante la pandemia, también se produjeron cambios asociados al crecimiento postraumático. Cabe señalar que estos cambios positivos fueron precedidos por factores adversos como la ansiedad y la percepción del riesgo de infección, y positivos como el soporte social. En esa misma línea, otro estudio efectuado por Aydin y Kaya (2022), señala que los pacientes experimentaban preocupación ante la incertidumbre del proceso de tratamiento y la recuperación. Igualmente, durante y después del tratamiento de COVID-19, los participantes experimentan cambios positivos, tanto personales como relacionados a la enfermedad. Así, manifiestan que sus relaciones interpersonales se fortalecieron y su perspectiva de vida cambió, al igual que la importancia y prioridad que tenían hacia la salud. Asimismo, se produjo un cambio positivo en las autopercepciones, como ser más flexible, paciente y tolerante. De forma similar, el estudio llevado a cabo por Sun y colaboradores (2021b), concluyó que la infección por COVID-19 tuvo un impacto positivo y multidimensional en los pacientes, quienes reevaluaron su vida y prioridades, aumentaron su conciencia sobre la importancia de tomar medidas para mantenerse saludables, mejoraron las relaciones interpersonales y experimentaron un crecimiento personal.

En el contexto peruano, la investigación realizada por Silva (2021) indicó que los pacientes que tuvieron COVID-19 y se enfrentaron a niveles de estrés altos por la enfermedad, presentaron cambios psicológicos positivos. Específicamente, mostraron niveles altos de crecimiento en el dominio asociado al cambio espiritual, ya que se apoyaron y reforzaron su fe religiosa. De igual manera, el estudio llevado a cabo por Medina y Salazar (2022) mostró que los pacientes sobrevivientes a la enfermedad por COVID-19 que estuvieron hospitalizados en estado crítico y que necesitaron respiración artificial, presentaban cambios notorios asociados al crecimiento postraumático. Específicamente, en el dominio asociado a cambios en sí mismos, consideraban que su fuerza personal se había incrementado. Asimismo, en el dominio de las relaciones interpersonales, manifestaban valorar los vínculos con otras personas, y al soporte provisto por las mismas.

De este modo, se puede afirmar que el apoyo social es un elemento significativo que contribuye al crecimiento postraumático frente a circunstancias adversas, como la

enfermedad y la hospitalización por COVID-19 (Cheng & Liu, 2022; Northfield & Johnston, 2002; Xie & Kim, 2022; Yan et al., 2021). El soporte social se refiere a la información de la que dispone una persona, y que le permite sentir que es querida, apreciada y valorada por los demás (Cobb, 1976). Este concepto implica la obtención de asistencia y protección mutua mediante las relaciones interpersonales, en una red de apoyo en la que se proporcionan recursos materiales, psicológicos y emocionales (Wills, 1991; Cohen, 2004; Shumaker & Brownell, 1984; Ovejero, 1990). El soporte social puede provenir de una pareja, familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, entre otros lazos sociales y comunitarios que forman parte de la estructura social del individuo (Taylor, 2011; Uchino, 2006). Una red de apoyo considerada como significativa puede servir como recurso para el manejo de situaciones estresantes, así como también puede contribuir a un bienestar psicológico mejorado y a una menor prevalencia de problemas de salud mental (Cohen, 2004; Taylor, 2011; McLean et al., 2022; Schwartz & Shakira, 2019). Estudios muestran que existe una alta correlación entre el soporte social y la salud mental, ya que un soporte de calidad no solo protege frente al trauma y al estrés situacional, sino que también desempeña un papel clave en el bienestar y en la mitigación de sus efectos (Harandi et al., 2017; Saud et al., 2021; Sadeghian et al., 2022)

El soporte social puede ser evaluado a partir de distintos aspectos y dimensiones. En primer lugar, desde un aspecto asistencial, el soporte social comprende tres funciones principales: instrumental, emocional e informacional (Cohen & Wills, 1985). De esta manera, la función instrumental implica recibir ayuda tangible con las actividades diarias, ya sea en forma de servicios o bienes específicos. Igualmente, la función emocional involucra brindar calidez y cuidado a otra persona, asegurando que se le cuida y valora. Asimismo, la función informacional ocurre cuando un individuo ayuda a otro a comprender con mayor claridad un evento estresante y a identificar qué recursos y estrategias de afrontamiento pueden resultar adecuadas (Cai et al., 2021; Gottlieb & Bergen, 2010; Taylor, 2011).

En segundo lugar, el aspecto estructural del soporte social involucra el número de las relaciones sociales que mantiene un individuo, y la estructura de interconexiones que se establece entre las mismas (Taylor, 2011). Desde esta perspectiva, se evalúa el tipo, tamaño, cantidad, y composición de las relaciones de una persona, así como la regularidad en las interacciones y el grado de densidad e interconexión entre los integrantes de una red social (Chang et al., 2001; Taylor, 2011; Rosa et al., 2015).

En tercer lugar, desde el aspecto funcional, se distinguen dos tipos de soporte social (Eagle et al., 2019; Uchino et al., 2016). Por un lado, el soporte social percibido hace referencia a la disponibilidad percibida y la idoneidad de las conexiones sociales (Eagle et al., 2019). Este tipo de soporte involucra la evaluación subjetiva de cómo las personas perciben a otras como disponibles para brindar apoyo material, psicológico y general en momentos de necesidad (Grey et al., 2020). Por otro lado, el soporte social recibido se centra en la cantidad y calidad del apoyo brindado, incluyendo las conductas reales de apoyo que se proporcionan y reciben tangiblemente (Eagle et al., 2019; Grey et al., 2020; Uchino et al., 2016).

Distintas investigaciones llevadas a cabo desde un enfoque cuantitativo, en el contexto de la pandemia por COVID-19, resaltan el rol del soporte social como un factor clave que puede beneficiar la salud mental y favorecer el crecimiento postraumático en pacientes tras la hospitalización (Cai et al., 2020; Xiao et al., 2022; Yang et al., 2020). Específicamente, el soporte social percibido mostró una asociación con niveles de crecimiento postraumático mayores, debido a que permite que las personas afronten los factores estresantes traumáticos de manera eficaz (Hall et al., 2022; Loraine & Robinson, 2022; Mo et al., 2022; Neubauer et al., 2021; Sirin & Ciftci, 2023; Xie & Kim, 2022). En contraste, la falta de soporte social tiende a incrementar la sensación de soledad y debilitar los recursos de afrontamiento ante el trauma, tal como evidencian estudios realizados con pacientes hospitalizados durante la pandemia (Skoda et al., 2020; Matos et al., 2021).

Del mismo modo, desde el enfoque cualitativo destaca el estudio realizado por Sun y colaboradores (2021a). Los resultados de esta investigación señalan que, si bien las restricciones sanitarias limitaron la interacción social en el contexto de la pandemia, los individuos que se sienten socialmente más seguros y conectados con los demás, y que son capaces de recibir y brindar compasión hacia los demás y hacia sí mismos ante el sufrimiento y la adversidad, revelan un mayor crecimiento postraumático. Asimismo, en la investigación conducida por Gokalp y colaboradores (2022), los participantes mencionaron haber recibido soporte social de sus seres queridos, lo que los ayudó a sentirse mejor. También, enfatizaron en lo importante que son para ellos la familia, las relaciones sociales y la comunicación, en tanto utilizaron el soporte social como estilo de afrontamiento para eliminar el estrés que les provoca la enfermedad.

La relevancia del presente estudio reside en que, aunque Perú fue uno de los países más impactados por la emergencia sanitaria, aún son limitados los estudios que exploran el impacto psicológico de la pandemia en pacientes hospitalizados, dada la relativa

novedad del contexto post pandémico. De igual manera, es necesario mencionar que los estudios cualitativos centrados en explorar el crecimiento postraumático aún son incipientes. La investigación en torno a esta población específica es fundamental, en tanto presentaron síntomas de angustia psicológica y estrés durante el curso de la enfermedad y la cuarentena (Ahmed et al., 2022; Ghavanpari et al., 2022; Prével et al., 2021).

Igualmente, los antecedentes empíricos llevados a cabo a nivel nacional se enfocan, mayoritariamente, en las consecuencias negativas resultantes de estas circunstancias sin precedentes (Hossain et al., 2020; Talevi et al., 2020; Rivera Feijoo, 2023; Tsamakis et al., 2021). De esta manera, es pertinente explorar los efectos positivos que este contexto adverso podría haber tenido en las personas afectadas por la enfermedad, e identificar si se suscitaron desarrollos favorables asociados al crecimiento tras la experiencia traumática (Vera, 2021).

Como se mencionó anteriormente, el crecimiento postraumático puede surgir de factores internos o externos (Linley & Joseph, 2004; O'Donovan & Burke, 2022). En ese sentido, se destaca la necesidad de identificar los factores que contribuyeron al crecimiento postraumático, haciendo hincapié en el rol central del soporte social. Esto tomando en cuenta que las sociedades latinoamericanas, como la peruana, enfatizan fuertemente en los valores colectivos, y dan prioridad a la importancia de los grupos sobre los individuos, reconociendo las contribuciones al bienestar común (Fatehi et al., 2020; Krys et al., 2022). La investigación acerca del rol del soporte social en el crecimiento postraumático en pacientes recuperados de COVID-19 es especialmente relevante al considerar el impacto que el mismo tiene para fomentar cambios positivos e incrementar el bienestar y el funcionamiento adecuado tras haber atravesado un suceso traumático (Adjorlolo et al., 2022; Ning et al., 2023).

A partir de lo desarrollado, el objetivo de esta investigación es comprender las experiencias de crecimiento postraumático y soporte social en pacientes mayores de 40 años que sobrevivieron a una hospitalización por enfermedad severa de COVID-19, entre los años 2020 y 2021, en un hospital nacional de Lima Metropolitana, desde un enfoque cualitativo con análisis temático. Por consiguiente, como objetivo general del estudio, se plantea comprender las experiencias de crecimiento postraumático y soporte social en pacientes que fueron hospitalizados por COVID-19, a partir del análisis de sus relatos sobre la vivencia de la enfermedad, la hospitalización y el proceso de recuperación. En esa línea, como objetivos específicos, se busca explorar las principales fuentes de soporte social identificadas por los pacientes durante y después de la hospitalización, describir

los cambios percibidos en sus relaciones interpersonales, en la percepción de sí mismos y en su filosofía de vida tras la experiencia de internamiento, así como analizar cómo estas transformaciones se vinculan con procesos de crecimiento postraumático en sus relatos de recuperación.

Para lograr estos objetivos, se optó por llevar a cabo la investigación desde un enfoque cualitativo, considerando que, dado que se trata de un contexto relativamente reciente, aún existe un número limitado de estudios sobre el tema. Este enfoque permite explorar en profundidad los significados atribuidos por los participantes a sus experiencias, captando tanto los aspectos comunes como las diferencias individuales (Pistrang & Barker, 2012). Además, favorece la construcción narrativa de las vivencias, permitiendo la inclusión de matices, contradicciones o tensiones en los discursos recogidos (Braun & Clarke, 2006; Graff et al., 2017).

En este marco, se plantea emplear un diseño de análisis temático, orientado a identificar y organizar patrones de sentido emergentes en los relatos de los participantes. Este enfoque resulta adecuado para comprender cómo las personas significan y elaboran sus experiencias, sin imponer categorías previas y respetando la complejidad del discurso (Braun & Clarke, 2006, 2013). Así, se facilitará que los participantes dispongan de un espacio libre y flexible para narrar sus vivencias, minimizando posibles desequilibrios de poder en la interacción con la investigadora (Pistrang & Barker, 2012).

Método

Participantes

En esta investigación participaron 7 personas que estuvieron hospitalizadas por enfermedad severa de COVID-19 entre los años 2020 y 2021 en tres hospitales de Lima Metropolitana; de ellas, 4 fueron varones y 3 mujeres, con edades comprendidas entre los 43 y 67 años. Cinco de los participantes estuvieron en la Unidad de Cuidados Intermedios, mientras que dos requirieron cama UCI. El tamaño de la muestra se consideró pertinente, dado que permite alcanzar un nivel de información suficiente para identificar patrones, similitudes y diferencias entre los relatos, en coherencia con los objetivos de un análisis temático (Braun & Clarke, 2006). La tabla a continuación presenta un resumen de la información sociodemográfica general de los participantes:

Tabla 1

Datos de los participantes

Seudónimo	Edad (años)	Ocupación	Tiempo y unidad de internamiento	Lugar de internamiento
Santiago	59	Comerciante	16 días (UCIN)	Hospital Rebagliati
Paola	67	Ama de casa	19 días (UCIN)	Hospital San Isidro Labrador
Iván	44	Ingeniero	20 días (UCI)	Hospital Rebagliati
Miguel	63	Administrador	12 días (UCIN)	Hospital Grau
Vivian	43	Química farmacéutica	18 días (UCIN)	Hospital Rebagliati
Irene	49	Enfermera	37 días (UCI)	Hospital Rebagliati
Antonio	57	Empresario	28 días (UCIN)	Hospital Rebagliati

El rango de edad de los participantes se decidió en base a que, a partir de los 40 años, existe una mayor incidencia de complicaciones o comorbilidades de salud que aumentan la probabilidad de que la enfermedad evolucione desfavorablemente, llegando

a requerir atención hospitalaria (Garg et al., 2020; Gold et al., 2020; Dorjee et al., 2020). El término 'comorbilidad' hace referencia a cualquier condición de salud a largo plazo que coexiste en un individuo con una condición específica de interés, en este caso, el COVID-19 (Russell et al., 2023). La evidencia muestra un mayor riesgo para las personas con diversas afecciones de salud, incluidas la enfermedad renal crónica, la diabetes, las enfermedades pulmonares y hepáticas, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la inmunodeficiencia, ciertas discapacidades y las afecciones de salud mental (Adab et al., 2022).

Igualmente, se consideró que, entre los años de 2020 y 2021, los participantes hayan recibido atención hospitalaria por la evolución severa de la enfermedad del COVID-19, ya sea en la unidad de cuidados intermedios o intensivos, y posteriormente hayan sido dados de alta. En esta línea, se sabe que, en el Perú, a fines del año 2021, 3199 pacientes estuvieron hospitalizados por evolución severa de la enfermedad, y más de 900 pacientes se encontraban internados en unidades de cuidados intensivos con uso de ventilación mecánica (MINSA, 2021b; MINSA, 2023c).

Para seleccionar a los participantes se tomaron en cuenta tres principales criterios de inclusión. En primer lugar, en relación al rango de edad, se consideró que los participantes sean personas adultas que, durante el 2020 y 2021, hayan tenido más de 40 y menos de 70 años. Esto en base a que, como se señaló en la sección previa, las personas, desde los 40 años pueden desarrollar enfermedades y dolencias consideradas como comorbilidades. Este factor habría influido en que presenten enfermedad severa por COVID-19, requiriendo, en consecuencia, atención hospitalaria en distintos niveles (Molani et al., 2022). Asimismo, se consideró un límite de 70 años, debido a que las personas mayores a dicha edad que requerían internamiento presentaban tasas más elevadas de mortalidad y evolución desfavorable en comparación a otros grupos etarios (Zhang, 2020).

En segundo lugar, se determinó que los participantes hayan contraído la enfermedad de COVID-19 durante el 2020 y 2021, y hayan necesitado atención hospitalaria, tanto en la Unidad de cuidados intermedios como en UCI. Este criterio se planteó considerando que la hospitalización por coronavirus puede ser considerada como un evento traumático, lo que, a su vez, podría haber incidido en el crecimiento postraumático experimentado por la persona (Craparo et al., 2022). En tercer lugar, se consideró que los participantes hayan recibido atención hospitalaria en algún hospital de Lima Metropolitana.

Es importante señalar que los criterios de inclusión no exigieron que los participantes identificaran explícitamente haber vivido un crecimiento postraumático o haber recibido soporte social. Más bien, se seleccionó a personas con un perfil que, por las características del evento vivido (hospitalización severa por COVID-19 entre 2020 y 2021 en hospitales públicos de Lima Metropolitana, y posterior alta médica), tuvieran el potencial de relatar experiencias vinculadas a estos fenómenos. Esto es coherente con el enfoque cualitativo de carácter exploratorio, donde los fenómenos se comprenden a partir de lo que emerge en las narrativas, y no desde diagnósticos o etiquetas previas (Stewart, s.f.). La presencia o ausencia de crecimiento postraumático y soporte social fue indagada a través del contenido emergente de las entrevistas.

En cuanto a los criterios de exclusión, se tomó en cuenta que los participantes no hayan sido diagnosticados con algún trastorno mental, del desarrollo o del deterioro cognitivo, antes o durante la pandemia de COVID-19. Esto debido a que las personas diagnosticadas con este tipo de patologías tenían tasas más altas de infección por COVID y mortalidad asociada a esta enfermedad, que aquellas sin un trastorno mental (Wang et al., 2021). Asimismo, se excluyó a posibles participantes diagnosticados con alguna enfermedad crónica, en tanto estas condiciones podrían haber complicado su hospitalización o conducido a secuelas graves (Reyes et al., 2022). Este criterio se especificó en la convocatoria en redes sociales, y se corroboró a través de las preguntas consignadas en la ficha de datos sociodemográficos (Apéndice D). Igualmente, se excluyeron individuos que hubieran sido internados en clínicas privadas, ya que una diferencia destacada entre estas y los hospitales reside en su capacidad para proporcionar internación y atención hospitalaria extendida (Llordachs, 2017). Además, habría posibles variaciones en la calidad de la atención en comparación con los hospitales estatales.

En relación con las consideraciones éticas, se elaboró un consentimiento informado escrito (Apéndice A), el cual fue revisado y firmado por los participantes antes de la entrevista. Igualmente, durante la entrevista, se dio lectura a un consentimiento informado oral (Apéndice B). En ambos documentos se explicó el objetivo de la investigación y la duración aproximada de 60 minutos que tendría la entrevista. Asimismo, se enfatizó que la información recolectada sería tratada con total confidencialidad y empleada únicamente con fines académicos. Se destacó que la participación era voluntaria, permitiendo a los participantes abstenerse de responder preguntas que pudieran resultarles incómodas o retirarse sin perjuicio alguno. Para resguardar la confidencialidad y el anonimato, se asignó un seudónimo a cada

participante, utilizado en las transcripciones, el análisis y la presentación de resultados. También se solicitó autorización para grabar las entrevistas en audio, las cuales fueron almacenadas por la investigadora y eliminadas al concluir el estudio.

Dado que abordar la experiencia de hospitalización por COVID-19 podía resultar movilizante, se adoptaron medidas adicionales orientadas a proteger el bienestar emocional de los participantes. Se elaboró un protocolo de contención y derivación (Apéndice C), diseñado con orientación profesional e implementado en cuatro entrevistas cuando se observaron signos de afectación emocional significativa. Este protocolo incluyó estrategias de regulación emocional y una lista de recursos de derivación a servicios públicos y privados de salud mental. Asimismo, la investigación contó con supervisión y acompañamiento constante de la asesora, quien revisó previamente la guía de entrevista, los consentimientos y el protocolo, y brindó orientación durante todo el proceso de campo.

La investigadora mantuvo una bitácora de campo donde registró los aspectos más relevantes de cada entrevista —incluyendo las activaciones del protocolo—, la cual era revisada junto con la asesora para orientar las decisiones éticas y metodológicas. Además, se sostuvieron conversaciones antes y después de cada entrevista, permitiendo reflexionar sobre las reacciones emocionales tanto de los participantes como de la propia investigadora. Este espacio de reflexión contribuyó al autocuidado y contención profesional, reconociendo la complejidad emocional que implicaba aproximarse a una población en situación de vulnerabilidad.

Durante el proceso de recolección de información, el protocolo de contención emocional se activó en cuatro casos, ante la manifestación de reacciones de angustia y llanto por parte de los participantes al evocar sus experiencias de enfermedad y hospitalización. En cada una de estas situaciones, se siguieron las pautas establecidas en el protocolo, brindando un espacio de contención y asegurando que la persona contara con el tiempo necesario para estabilizarse emocionalmente antes de continuar o finalizar la entrevista. Por otro lado, no se realizó ni se prevé llevar a cabo un proceso de devolución de resultados, debido a que la investigación tuvo un enfoque cualitativo exploratorio y buscó preservar la confidencialidad y el resguardo emocional de los participantes, evitando posibles reactivaciones de malestar vinculadas al tema estudiado.

Técnicas de recolección de la información

La técnica de recolección empleada fue la aplicación de entrevistas semiestructuradas, en modalidad presencial. Se optó por esta técnica en tanto se consideró

pertinente para el propósito, el diseño y el análisis realizado en esta investigación. Esto debido a que permite profundizar en las experiencias de la muestra, al organizarse alrededor de un conjunto de preguntas abiertas previamente establecidas, junto con otras que emergen durante la interacción entre el entrevistador y el entrevistado (Di Cicco & Crabtree, 2006).

El instrumento utilizado en la investigación fue diseñado específicamente para este estudio (Apéndice E). Se elaboró una guía de entrevista conformada por 11 preguntas, las cuales buscaron explorar las experiencias de los participantes en torno a la enfermedad de COVID-19. Las dos primeras preguntas estuvieron orientadas a indagar el proceso de contagio, hospitalización y las emociones vinculadas a esta etapa inicial.

Posteriormente, las demás preguntas se organizaron en torno a las cinco dimensiones del crecimiento postraumático propuestas por Tedeschi y Calhoun (2004). La fortaleza personal fue explorada a través de los desafíos enfrentados y la disposición a apoyar a otros (preguntas 3 y 8); los cambios espirituales mediante la pregunta 4, centrada en el papel de las creencias religiosas o espirituales; la mejora en las relaciones con otros a través de las preguntas 5, 6 y 7, que indagaron los vínculos interpersonales y el soporte social; la apreciación de la vida con las preguntas 9 y 11, sobre la valoración de la existencia y aprendizajes obtenidos; y el descubrimiento de nuevas posibilidades mediante la pregunta 10 y, de forma complementaria, la 11, referidas a cambios en expectativas y proyectos futuros. Asimismo, se incluyeron preguntas específicas para profundizar en la calidad del soporte social percibido durante la enfermedad. Con el fin de garantizar la validez del instrumento, este fue sometido a la evaluación de cuatro jueces expertos con conocimiento tanto del tema como de la metodología empleada.

Procedimiento

El presente estudio cualitativo se realizó con el propósito de explorar las experiencias de crecimiento postraumático y soporte social en personas que atravesaron una hospitalización por COVID-19. Para ello, se empleó un diseño cualitativo exploratorio y se utilizó el análisis temático inductivo como técnica principal para el tratamiento de la información. Este enfoque permitió identificar patrones de sentido en los relatos de los participantes, preservando la riqueza de sus discursos y respetando las particularidades de sus experiencias (Braun & Clarke, 2006).

Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo por conveniencia, en el que la selección se basa en la accesibilidad y facilidad de acceso a la muestra (Martínez, 2012). De esta manera, se contactó a personas que cumplían los criterios

planteados, a través de una convocatoria pública realizada en redes sociales. Así, se estableció el contacto inicial mediante redes, a fin de mantener una comunicación fluida. A cada participante se le explicó el objetivo del estudio, el formato de la entrevista (presencial), la duración estimada y los criterios de inclusión en la investigación. En caso de aceptar participar de forma voluntaria, se le envió el consentimiento informado y, tras su firma, se coordinó la fecha para realizar la entrevista. Todas las entrevistas se llevaron a cabo entre septiembre y octubre del 2023.

Al comenzar con la entrevista, se leyó el consentimiento informado oral, remarcando los principales aspectos éticos de confidencialidad y voluntariedad, y solicitando la autorización expresa para la grabación en audio de la conversación. Posteriormente, se dio inicio a la recolección de información, empezando con el recojo de datos personales con la ficha sociodemográfica (Apéndice E) y, prosiguiendo con las preguntas de la guía de entrevista (Apéndice D). Al finalizar, se dio por concluida la entrevista, agradeciendo al entrevistado por la disposición a participar.

Es pertinente mencionar que se contó con un protocolo de contención (Apéndice C), que fue aplicado frente a situaciones de desregulación emocional. El protocolo consignaba los pasos a seguir ante un caso como tal, estableciendo que la entrevistadora pueda validar las emociones del participante, realice un ejercicio de respiración y dialogue con el entrevistado acerca de su permanencia en el estudio, y si desea recibir una cartilla con el contacto de instituciones que puedan brindarle ayuda.

Tras haber recopilado la información de las entrevistas, se realizó la transcripción literal de las mismas. En este proceso, las grabaciones se escucharon, redactando cuidadosamente lo mencionado por los participantes. Luego de ello, se dio inicio al análisis de la información, proceso que se detalla en el apartado a continuación.

Con el objetivo de asegurar la calidad y la integridad del estudio, se consideraron los cuatro criterios de rigor propuestos por Pistrang y Barker (2012). De esta manera, el procedimiento fue evaluado por tres jueces y una asesora especializada, con el objetivo de cumplir con el criterio de integridad, asegurando que la investigación fuera revisada por pares para lograr un análisis más preciso.

Igualmente, se procuró cumplir con el criterio de fundamentación, en tanto la información recogida en las entrevistas sobre las experiencias de crecimiento postraumático se empleó para establecer los resultados y conclusiones. De esta manera, se extrajeron pasajes relevantes de las entrevistas que fueron analizados en base a lo planteado en la literatura revisada (Stecher, 2010).

Sobre el principio de coherencia, se procuró que los contenidos presentados en el marco teórico, la ficha sociodemográfica, la guía de entrevista, las categorías y temas del análisis de resultados, así como los resultados y conclusiones, guarden relación entre sí. También, se consideró que la información de cada sección del estudio se alinee con lo propuesto desde el enfoque y diseño seleccionados. Adicionalmente, el criterio de coherencia se mantuvo entre la información brindada por los participantes y lo hallado en fuentes académicas actualizadas y vinculadas al propósito de la investigación (Pistrang & Barker, 2012).

Asimismo, la credibilidad del proyecto fue garantizada en tanto se consideró la información de bibliografía teórica y empírica para la elaboración del instrumento de recojo de información, y el planteamiento de los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, al igual que para el análisis, los resultados y las conclusiones. Además, como se mencionó previamente, la información primordial para la elaboración del análisis, resultados y conclusiones se sustentó en lo transmitido por los participantes en la entrevista. Igualmente, se contó con el asesoramiento y monitoreo constante de una profesional en Psicología, y se consideraron las sugerencias y correcciones brindadas por la docente a lo largo del proceso de planeamiento y ejecución de la investigación (Nóblega et al., 2018).

Finalmente, para asegurar el cumplimiento del principio de transparencia, la investigadora procuró establecer una relación horizontal con los participantes durante las entrevistas. De igual modo, se tomó en cuenta las características personales, el posicionamiento y las expectativas que podría tener la investigadora, reflexionando sobre sus posibles implicancias en el estudio. A partir de estos aspectos, la información expuesta en los resultados y conclusiones fue reportada de forma sincera, buscando evitar interferencias con la transparencia del estudio (Nóblega et al., 2018).

Análisis de la información

Para el análisis de la información se utilizó la técnica de análisis temático inductivo, basada en la propuesta de Braun y Clarke (2006, 2012). Esta técnica permite identificar, organizar e interpretar patrones de sentido dentro de los datos cualitativos, facilitando una aproximación flexible y rigurosa al estudio de las experiencias de los participantes. Además, el proceso de análisis se desarrolló siguiendo los seis pasos sugeridos por Creswell (2013), lo que permitió garantizar una mayor sistematización en el tratamiento de los datos.

En primer lugar, se transcribieron detalladamente las entrevistas, incluyendo tanto el registro verbal como algunas expresiones no verbales relevantes, a fin de organizar y preparar los datos para el análisis. Con el propósito de resguardar la confidencialidad, a cada participante se le asignó un seudónimo que fue utilizado en las transcripciones y en la presentación de los resultados. Luego, se procedió a una lectura comprensiva de cada transcripción, con el objetivo de familiarizarse con el contenido y obtener una visión general de las narrativas. En la tercera etapa, se inició la codificación de los datos, identificando unidades de sentido relevantes de forma inductiva, sin categorías preestablecidas. Esta codificación se realizó manualmente, utilizando el software ATLAS.ti 09 para facilitar la organización y segmentación del material.

Posteriormente, los códigos fueron agrupados en categorías temáticas, reflejando elementos significativos de las vivencias de los participantes en torno a la experiencia de hospitalización, la recuperación, el soporte social recibido y los posibles cambios posteriores a dicho evento. En la quinta etapa, se elaboró una descripción narrativa de los temas identificados, estructurándolos según los objetivos del estudio. Finalmente, en la última etapa, se interpretaron y contextualizaron los resultados a la luz del marco teórico, integrando los hallazgos con investigaciones previas, y desarrollando una discusión que permitiera responder a las preguntas de investigación de manera coherente.

Resultados y Discusión

En esta sección se presentan los resultados del análisis temático realizado a la información recogida en las entrevistas, organizados en torno a los principales temas identificados sobre el crecimiento postraumático y el soporte social en pacientes hospitalizados por COVID-19. Se obtuvieron cuatro temas y doce subtemas, los cuales responden de manera directa a los objetivos de la investigación.

El primer tema, ‘El soporte social como recurso esencial durante la hospitalización y recuperación’, se vincula con el Objetivo específico 1, al mostrar cómo las redes familiares, comunitarias y profesionales acompañaron el proceso de los participantes. El segundo tema, ‘Transformaciones en las relaciones interpersonales tras la experiencia de enfermedad’, responde al Objetivo específico 2, explorando los cambios en los vínculos cercanos luego de atravesar la hospitalización.

El tercer tema, ‘Los cambios en la percepción de sí mismos y en su filosofía de vida’, se relaciona con los Objetivos específicos 2 y 3, evidenciando transformaciones en la autoimagen, la fortaleza personal y la forma de comprender la existencia. Finalmente, el cuarto tema, ‘El crecimiento postraumático como reconstrucción de sentido tras la crisis’, responde al Objetivo general y al Objetivo específico 3, integrando los hallazgos en torno a la resignificación vital y la reconstrucción de sentido posterior a la enfermedad. Cada tema se expone a través de descripciones, citas significativas y un diálogo con la literatura relevante.

1. El soporte social como recurso esencial durante la hospitalización y recuperación

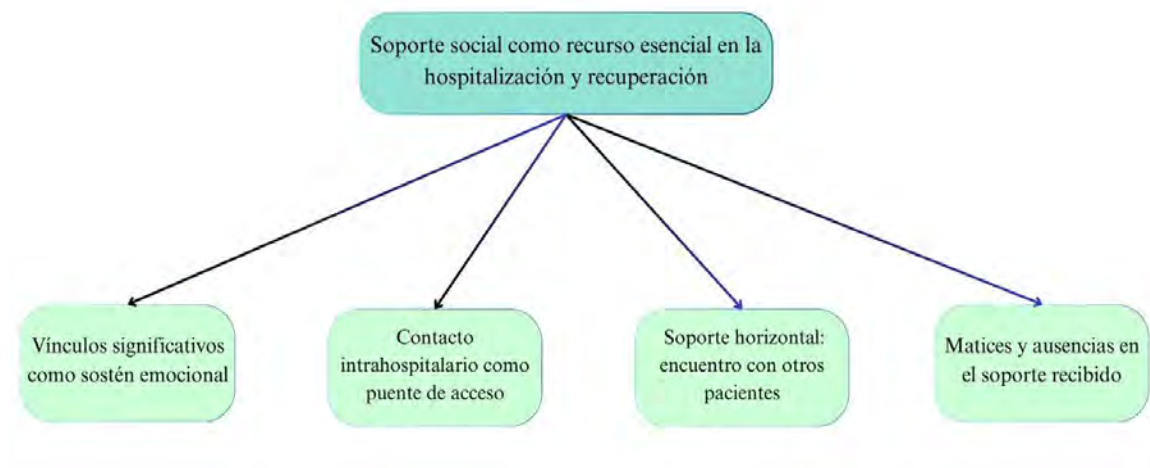
Uno de los principales temas identificados en los relatos de los participantes fue la presencia, o ausencia, de soporte social como un recurso crucial a lo largo del proceso de hospitalización por COVID-19 y también durante su posterior recuperación. La familia, los amigos, los compañeros de trabajo, otros pacientes, e incluso algunos profesionales del sistema de salud, desempeñaron un rol significativo en el acompañamiento emocional, práctico y, en muchos casos, en el acceso mismo a la atención médica. La calidad, intensidad y disponibilidad del soporte social influyeron en cómo los participantes experimentaron la enfermedad y vivieron sus procesos de recuperación física y emocional.

La Figura 1 representa el tema del soporte social como recurso esencial durante la hospitalización y la recuperación, mostrando cómo este se desplegó en distintas formas de acompañamiento. Se distinguen cuatro dimensiones: la presencia de vínculos significativos como sostén emocional (subtema 1.1), el contacto intrahospitalario como

puente de acceso y contención (subtema 1.2), el soporte horizontal basado en el encuentro con otros pacientes (subtema 1.3) y, finalmente, los matices y ausencias en el soporte recibido (subtema 1.4), que permiten comprender tanto la potencia como las limitaciones de este recurso en la experiencia de los participantes.

Figura 1

Soporte social como recurso esencial durante la hospitalización y recuperación



1.1 La presencia de vínculos significativos como sostén emocional

Este primer subtema surge a partir de que varios participantes describieron cómo sus lazos afectivos más cercanos, principalmente la familia y los amigos, les brindaron un soporte constante que se tradujo en ánimo, esperanza y contención emocional. Este acompañamiento se mantuvo incluso en los momentos de mayor aislamiento hospitalario, a través de mensajes, llamadas o gestos simbólicos. Asimismo, estas relaciones cercanas tuvieron un rol importante en fomentar un mayor optimismo y motivación en el proceso de recuperación de la enfermedad.

“He podido comprobar y darme cuenta de quiénes están a mi lado, la familia, la mamá, los hermanos, la esposa y los amigos del trabajo. Siempre me han apoyado y han estado ahí conmigo, disponibles para mí. Sobre todo, me apoyaron emocionalmente, no económicamente porque esa parte no era tan necesaria. Pero la parte emocional, espiritual, sí. Entonces ahí tú ves las amistades que tienes al lado.” (Iván, 44 años)

“Algo que me hizo sentir mejor fue que mi familia y mis amigos estén pendientes. Me sentía más tranquilo sabiendo que alguien veía por mí, incluso cuando no se

me podían acercar o no me podían visitar. No olvido tampoco los mensajes que recibí, me preguntaban cómo me sentía, sabía que estaban pendientes.” (Miguel, 63 años)

A partir de lo mencionado, se observa que el soporte social se origina en diversos vínculos dentro de la red social y comunitaria de los individuos, tales como familiares, amigos y compañeros de trabajo (Taylor, 2011; Uchino, 2006). La literatura coincide en que una red de apoyo percibida como significativa constituye un recurso para afrontar eventos estresantes como la enfermedad y el internamiento por COVID-19 (Cohen, 2004; McLean et al., 2022; Taylor, 2011; Schwartz & Shakira, 2019), ya que proporciona experiencias emocionales positivas que amortiguan el malestar psicológico (Harandi et al., 2017; Saud et al., 2021; Sadeghian et al., 2022).

En este estudio, la percepción de estar acompañado y sostenido emocionalmente resultó fundamental para enfrentar la incertidumbre de la enfermedad, pero no se limitó al afrontamiento inmediato; también facilitó la resignificación de la experiencia adversa, promoviendo aprendizajes, gratitud y una visión más fortalecida de sí mismos y de sus relaciones. De esta manera, los vínculos significativos no funcionaron solamente como un apoyo emocional en la crisis, pues también contribuyeron al crecimiento postraumático, al ofrecer un espacio seguro desde el cual fue posible reconstruir sentidos y proyectar cambios vitales, como se detalla en secciones posteriores.

1.2. El contacto intrahospitalario como puente de acceso y contención

Una particularidad del contexto peruano evidenciada en los relatos es la figura del “contacto intrahospitalario”, término que hace referencia a los amigos, familiares, compañeros de trabajo, o conocidos que se desempeñaban como personal de salud o tenían algún cargo dentro del hospital al que los pacientes ingresaron. El papel asumido por este contacto, desde su posición como personal médico o asistencial de un centro hospitalario, permitió facilitarles el acceso a los servicios de atención médica e internamiento. El rol del contacto intrahospitalario fue determinante en las experiencias de los pacientes con la enfermedad, ya que posibilitó el acceso a una cama hospitalaria o a un diagnóstico oportuno. En un contexto de colapso sanitario, estos vínculos marcaron la diferencia entre recibir atención o no.

“Empecé a sentirme mal, con algunos síntomas. Fui al hospital y ya no había camas. Un doctor que conocía me dijo: yo te voy a ayudar, pero no te vas a poder quedar acá, aquí te vas a morir, no hay oxígeno. Él me mandó al Hospital Grau, y ahí me quedé hospitalizado.” (Miguel, 63 años)

“[...] Yo seguía testarudo con lo de no ir a [internarme] a ningún lugar. Es ahí que viene un sobrino mío que también es médico, y me dice, tío, te hemos conseguido una cama en el hospital a través de un colega.” (Antonio, 57 años)

Para comprender la relevancia del contacto intrahospitalario en la experiencia de los participantes, es necesario tener en cuenta el contexto de crisis sanitaria que atravesaba el país durante los años 2020 y 2021, marcado por el colapso del sistema de salud, la escasez de recursos y la elevada mortalidad por COVID-19, que llegó a registrarse como la mayor tasa de fatalidad a nivel mundial (Defensoría del Pueblo, 2020; Fowks, 2021). En este escenario, los vínculos y contactos personales dentro del hospital adquirieron un papel decisivo, pues les permitieron acceder a recursos escasos y, al mismo tiempo, constituyeron una fuente de contención emocional. Desde la perspectiva del soporte social, estas acciones se inscriben en la dimensión del apoyo instrumental, entendida como aquella que proporciona ayuda tangible o práctica ante necesidades inmediatas (Cohen & Wills, 1985).

La valoración positiva de estas experiencias no puede entenderse únicamente como un mecanismo individual de afrontamiento, sino que responde también a un trasfondo cultural y social más amplio. En sociedades como la peruana, con fuertes rasgos de colectivismo, las redes informales han operado históricamente como canales de acceso y apoyo, especialmente en contextos donde las instituciones son percibidas como débiles o poco legítimas (Palacios et al., 2023). En este sentido, la utilización de contactos dentro del hospital, aunque implicara transgredir ciertas normas formales, fue vivida por los participantes como una estrategia socialmente aceptada y emocionalmente significativa, sin derivar en un dilema ético personal.

La literatura muestra que, en escenarios de precariedad institucional, las transgresiones a la norma suelen justificarse en función de la urgencia de las necesidades vitales (Portocarrero, s.f.; IOP, 2017). Así ocurrió durante la pandemia, cuando los participantes señalaron que fueron médicos, enfermeras o personal administrativo quienes les facilitaron el ingreso al hospital, lo que generó en ellos sentimientos de alivio y gratitud, más que de cuestionamiento. Estos gestos, más allá de su eficacia práctica,

fueron percibidos como expresiones de cuidado, pues el apoyo instrumental se entrelazó con el apoyo emocional, generando sentimientos de alivio, gratitud y humanidad en medio de la incertidumbre.

En consecuencia, el contacto intrahospitalario funcionó como un puente doble. Por un lado, operó como soporte instrumental, al brindar acceso a un sistema de salud saturado y distante; por otro, actuó como soporte emocional, al generar la sensación de acompañamiento y solidaridad en un contexto de aislamiento extremo. Esta vivencia, lejos de centrarse únicamente en la lógica de supervivencia, contribuyó a la construcción de significados de gratitud y cohesión social que posteriormente facilitaron la elaboración de cambios positivos vinculados al crecimiento postraumático.

1.3. Soporte horizontal: el valor del encuentro con otros pacientes

Algunos participantes mencionaron haber encontrado un tipo distinto de soporte en las personas con las que compartieron hospitalización. Esta interacción entre pares fue descrita como una fuente de esperanza, motivación y comprensión mutua. La fraternización con otros pacientes durante el internamiento resultó beneficiosa, pues significó una oportunidad para compartir vivencias y sentirse comprendidos por otras personas que atravesaban circunstancias similares.

“En la sala en la que estaba había un médico que estaba también internado. Yo me preocupaba mucho porque veía que estaba muy mal, le decía, esto ya va a pasar, trataba de darle ánimos. Él me decía: gracias, hermano [...] Entonces, yo iba de cama en cama, les hablaba y les levantaba el ánimo. Yo no quería que ellos pasen lo que yo había sufrido, porque yo ya estaba casi para morirme.” (Miguel, 63 años)

“Cuando estaba en UCI, a mi lado había un señor que se estaba recuperando. Y decía, si ese señor lo hace, yo también puedo, era como una esperanza. El señor me decía, yo también he estado intubado, pero ahora estoy acá, tú también ya lo vas a pasar. Eso me ayudó y me dio fuerzas para creer que yo también podría superarlo.” (Irene, 49 años)

Estas interacciones corresponden al “soporte horizontal” descrito por Larsen et al. (2012), que se entiende como el cuidado y la conexión emocional espontánea entre personas que atraviesan experiencias similares. En este estudio, los pacientes intercambiaron información y aprendizajes sobre la enfermedad, compartieron momentos

significativos y ofrecieron apoyo a quienes lo necesitaban con mayor urgencia, lo que fue vivido como un gesto genuino de solidaridad y calidez. La interacción entre pacientes hospitalizados, altamente valorada por su generosidad, contribuyó a la contención emocional y al fortalecimiento de vínculos en un contexto de alta vulnerabilidad, confirmando su relevancia como recurso de recuperación (Birkelund & Larsen, 2013).

Más allá de la hospitalización, estos vínculos fueron recordados como experiencias de fraternización compartida, que favorecieron la gratitud, la reevaluación de las propias prioridades y el reconocimiento de la capacidad de resiliencia, elementos centrales en el proceso de crecimiento postraumático.

1.4. Matices y ausencias en el soporte recibido

Aunque la mayoría describió haber recibido apoyo significativo, no todos los participantes contaron en igual medida con una red social que les proporcione apoyo social en cualquiera de sus manifestaciones. Una participante expresó su decepción al no haber contado con el soporte esperado por parte de sus familiares o amistades, lo cual afectó emocionalmente su vivencia de la enfermedad y la hizo sentirse decepcionada en esos momentos difíciles.

“Cuando estaba enferma nadie se preocupó, ni se interesó en ver cómo estaba. Me decepcionó mi hermano, porque yo pensaba que la familia se trataba con más importancia. Me decepcionó también una amiga, porque yo sí hice el esfuerzo de apoyarla, pero ella ni siquiera se preocupó por mí mientras estaba internada.”
(Vivian, 43 años)

La ausencia de soporte social puede intensificar la sensación de soledad y reducir la capacidad de afrontamiento frente al trauma, como han señalado investigaciones en pacientes hospitalizados durante la pandemia (Skoda et al., 2020; Matos et al., 2021). Entre las posibles causas, se encuentran la falta de familiaridad con el entorno y las restricciones para comunicarse con familiares y amigos, factores que limitan el apoyo percibido (Li et al., 2021; Cerin et al., 2016; Taylor et al., 2018). Dado que el soporte social actúa como un amortiguador frente a los efectos nocivos de la angustia en la salud física y mental, su ausencia puede tener repercusiones significativas en el bienestar general (Skoda et al., 2020). La soledad emocional resultante de esta carencia conduce a una desconexión emocional y a la imposibilidad de compartir emociones y experiencias difíciles, lo que disminuye la resiliencia y dificulta la capacidad de enfrentar la adversidad en un contexto ya marcado por la vulnerabilidad (Matos et al., 2021).

En conjunto, los relatos muestran que el soporte social fue un elemento decisivo en la experiencia subjetiva de la enfermedad, no solo como acompañamiento emocional, sino como recurso práctico e incluso estructural para acceder al sistema de salud. La presencia o ausencia de soporte social parece influir directamente en la reconstrucción de sentido tras un trauma, favoreciendo o dificultando el crecimiento postraumático. Un sistema de apoyo sólido facilita encontrar significado a la experiencia y reconstruir la vida después de un evento adverso, mientras que su carencia puede obstaculizar este proceso y limitar las posibilidades de adaptación y transformación positiva.

Desde la teoría del crecimiento postraumático (Tedeschi & Calhoun, 2004), estas experiencias pueden interpretarse como facilitadoras de las dimensiones de fortalecimiento de las relaciones personales y nueva apreciación por la vida. En algunos casos, el soporte recibido se convirtió en un impulso para reevaluar prioridades, fortalecer vínculos y adoptar una visión más conectada con el bienestar colectivo.

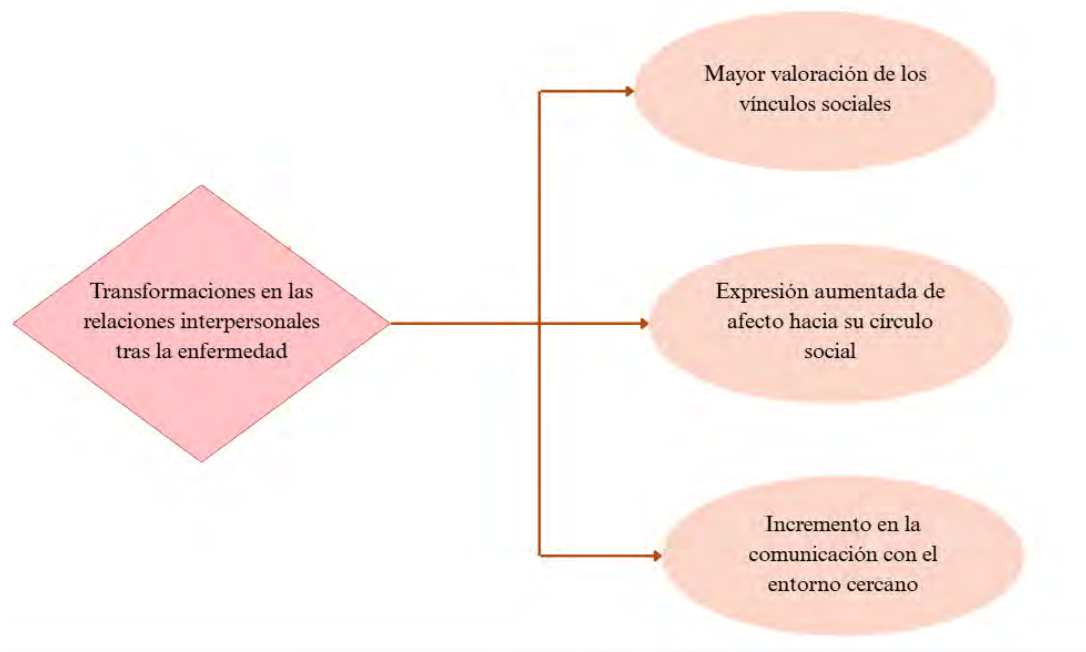
2. Transformaciones en las relaciones interpersonales tras la experiencia de enfermedad

Este segundo tema aborda los cambios percibidos por los pacientes en sus relaciones interpersonales tras la hospitalización por COVID-19. La experiencia de vulnerabilidad y aislamiento les condujo a valorar más los vínculos, expresando mayor afecto hacia sus seres queridos, y fortaleciendo la comunicación con el círculo cercano. El aumento en la cercanía y el contacto refleja un reajuste en las prioridades relacionales. En muchos casos, estos cambios constituyen manifestaciones de crecimiento postraumático, especialmente en el fortalecimiento de las relaciones personales (Tedeschi & Calhoun, 2004).

La Figura 2 muestra el tema de las transformaciones en las relaciones interpersonales tras la experiencia de enfermedad, reflejando cómo los participantes describieron cambios significativos en su manera de vincularse con los demás. Se destacan tres dimensiones: la mayor valoración de los vínculos sociales (subtema 2.1), la expresión aumentada de afecto hacia su círculo cercano (subtema 2.2) y el incremento en la comunicación y la cercanía en el contacto (subtema 2.3), las cuales evidencian una reconfiguración positiva de sus lazos interpersonales.

Figura 2

Transformaciones en las relaciones interpersonales tras la enfermedad



2.1. Mayor valoración de los vínculos sociales

Los participantes señalaron que la experiencia de la enfermedad los llevó a reconocer y valorar a la familia y amistades como pilares esenciales de apoyo emocional y bienestar. Expresaron un aprecio renovado por pasar tiempo con sus seres queridos, priorizando la calidad de las relaciones por encima de otras preocupaciones. Manifestaron haber fortalecido lazos, experimentado mayor conexión y gratitud hacia quienes les brindaron apoyo, y reevaluado sus prioridades, otorgando más importancia a los vínculos sociales y a la necesidad de contar con cercanía y respaldo emocional.

“Creo que cambiaron varias cosas con mi familia y mis amigos. Cuando uno está en una situación donde su salud está tan comprometida, valoras mucho más la vida y la familia. Me hizo valorar mucho más la vida junto a mi familia.” (Miguel, 63 años)

“El principal aprendizaje que puedo decir, es el de valorar más a la familia, de estar ahí para ellos y ya no tanto para el trabajo. Aprendí que debo dedicarles más tiempo a ellos, y, sobre todo, aprendí que es muy importante disfrutar de la

vida, siempre al lado de los seres queridos, de la familia y de los amigos.” (Iván, 44 años)

Estos resultados coinciden con estudios que indican que la adversidad refuerza la motivación humana hacia el apego y la conexión social, fomentando una mayor valoración de las relaciones significativas (Matos et al., 2021). Asimismo, confirma que el soporte social influye en la capacidad de responder adaptativamente a eventos negativos. El mayor aprecio por los vínculos cercanos podría explicarse por esta la inherente motivación humana hacia el apego y la búsqueda de conexiones sociales positivas y significativas, especialmente en contextos adversos como la pandemia de COVID-19 (Matos et al., 2021).

Asimismo, este hallazgo confirma que el soporte social influye en la capacidad de responder adaptativamente a eventos negativos. En esta línea, Gizdic et al. (2023) señala que compartir el dolor en situaciones adversas puede fortalecer los vínculos entre las personas, actuando como un “pegamento social” que fomenta la unión y cooperación. De igual manera, la participación activa en múltiples redes sociales y la conexión social tras el trauma se traduce en sentimientos de felicidad y esperanza, lo que lleva a una mayor apreciación y valoración de su pertenencia a dichas redes.

2.2. Expresión aumentada de afecto hacia su círculo social

Tras la recuperación, los participantes describieron un cambio especialmente visible en la manera en que expresaban su afecto hacia sus seres queridos. Más allá de comunicarse con mayor frecuencia, lo que caracterizó esta transformación fue un incremento en los gestos explícitos de cariño, la verbalización del aprecio y la demostración abierta de apego. Esta intensificación afectiva respondió a la vivencia de vulnerabilidad extrema durante la hospitalización, que llevó a los pacientes a valorar más profundamente la presencia y el apoyo de su círculo cercano.

El agradecimiento y la mayor valoración de los vínculos cercanos expresados por los pacientes se tradujeron en una mayor demostración de cariño y apego hacia su círculo social. Superar la enfermedad fortaleció la conexión emocional, generando lazos más profundos y duraderos. Mantener un contacto cercano se convirtió en una vía para buscar y recibir apoyo emocional, a través de conversaciones, gestos afectivos o momentos compartidos. Tras la recuperación, muchos reportaron cambios en su forma de relacionarse, mostrando mayor cercanía, tolerancia y expresividad emocional, lo que contribuyó a fortalecer la cohesión y calidad de sus relaciones con familiares y amigos.

“Mi vida cambió tanto, sentimentalmente también, ahora soy más pegado a ellos, más pendiente de la familia, de los amigos, de todos, ahora soy más cariñoso.”
(Santiago, 59 años)

“La unión familiar se ha hecho más sólida, la enfermedad te hace pasar momentos en los que te tienes que alejar sin saber si vas a regresar. Por eso he aprendido a valorar todos los momentos. Tras la enfermedad creo que me he vuelto mucho más cercano a mis dos hijos y a mi esposa.” (Antonio, 57 años)

“Mi relación con ellos ahora es mucho mejor. Si bien antes teníamos una buena relación, ahora somos mucho más unidos, mucho más afectuosos. Antes de la pandemia era cercana a ellos, pero ahora lo soy más. Ahora soy más tolerante y nos expresamos más el afecto. Ellos también son mucho más expresivos.” (Irene, 49 años)

En línea con estos hallazgos, Shakespeare-Finch y Barrington (2012) señalan que el trauma puede intensificar la expresión emocional y la demostración de afecto, consolidando vínculos más cálidos y significativos. En este subtema, por tanto, la transformación se sitúa principalmente en el plano afectivo-expresivo, donde el amor, el cuidado y la gratitud se hicieron más visibles y deliberados en las relaciones cotidianas.

2.3. Incremento en la comunicación con el entorno cercano

A diferencia del aumento en la expresividad afectiva descrito en el subtema anterior, aquí los participantes destacaron cambios vinculados a cómo y con qué frecuencia se comunicaban con sus seres queridos. La enfermedad los llevó a priorizar los vínculos mediante una comunicación más constante, abierta y disponible, orientada a mantener el contacto, actualizarse mutuamente y expresar necesidades o preocupaciones. Este incremento comunicacional funcionó como un mecanismo concreto para sostener la conexión durante y después de la crisis.

Los participantes señalaron que la experiencia con la enfermedad los llevó a reconocer la importancia de invertir tiempo y energía en la relación con sus seres queridos, dejando de lado preocupaciones menos relevantes. Manifestaron tener una comunicación más abierta, cercana y honesta sobre sus emociones, necesidades y preocupaciones, lo que permitió una comprensión más profunda en sus vínculos. Además, tras la enfermedad, buscaron mantener un contacto más frecuente mediante

conversaciones, visitas y mayor disponibilidad para compartir tiempo juntos, fortaleciendo así la comprensión mutua con su círculo cercano.

“Yo pensaba, ya me voy de este mundo sin poder mejorar la relación que tenía con mis hermanos, mis padres, mi hijo. Antes habíamos estado distanciados. Pero esa situación te hace reflexionar, te hace pensar que deberías estar más cerca a tu familia, pasar más tiempo con ellos, estar más en contacto, llamarlos, visitarlos, preocuparte más por ellos. Definitivamente diría que ahora hay más cercanía.” (Miguel, 63 años)

“Con mi familia nos hemos unido un poco más. Con mis hermanos éramos un tanto distantes. Y ahora que ha pasado esto nos hemos acercado, nos juntamos casi siempre, estamos pendientes, nos ha cambiado a todos.” (Santiago, 59 años)

Estos hallazgos coinciden con investigaciones que destacan el rol protector de la comunicación familiar frecuente y abierta en contextos de crisis (Masten & Palmer, 2019; Hall et al., 2022). En este caso, la transformación no se centró exclusivamente en la expresividad afectiva, sino en la regularidad y apertura del intercambio comunicativo, que permitió un acompañamiento más sostenido con menos conflictos, y una mayor coordinación emocional y práctica entre los miembros de la familia durante la recuperación (Partington et al., 2022).

3. Los cambios en la percepción de sí mismos y en su filosofía de vida

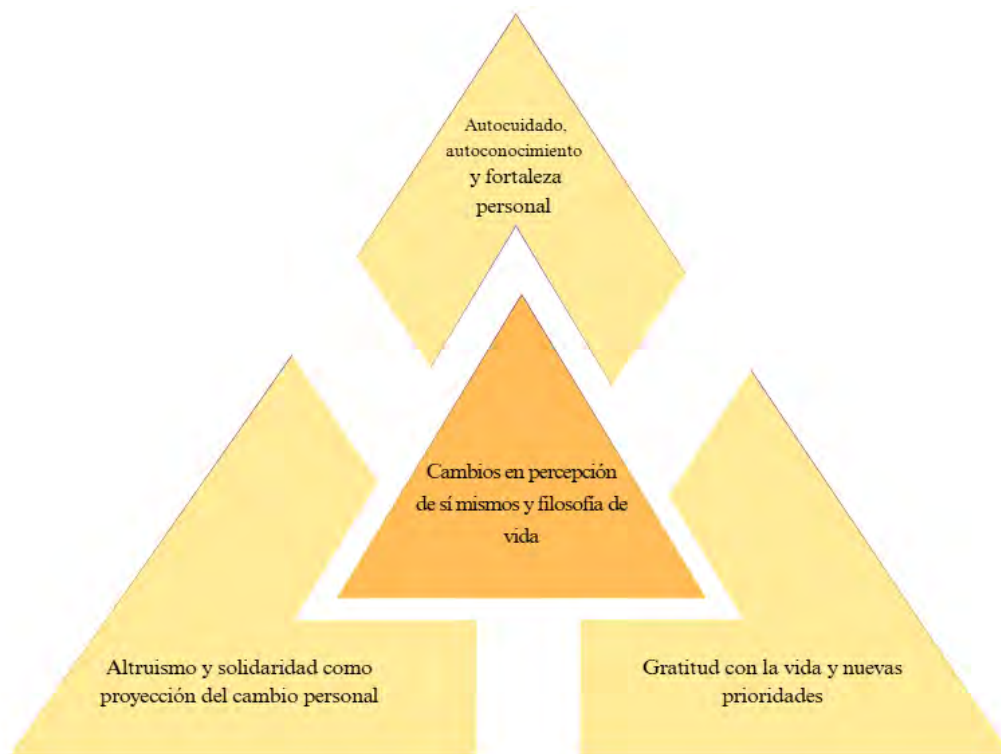
Este tercer tema da cuenta de que, en varios participantes, la experiencia de hospitalización por COVID-19 generó un proceso de reconfiguración personal, que los condujo a tomar una mayor conciencia de sí mismos, implementar cambios en su manera de cuidar su salud y una reevaluar el sentido de la vida. Estos cambios abarcan tanto aspectos intrapersonales, en términos de autocuidado, autoconocimiento y fortaleza, como el plano existencial, mediante una muestra de gratitud más explícita y una redefinición de sus prioridades en la vida. Desde la perspectiva del crecimiento postraumático (Tedeschi & Calhoun, 2004), estas transformaciones reflejan las dimensiones de fortaleza personal, apreciación de la vida y, en algunos casos, cambios espirituales.

La Figura 3 sintetiza el tema de los cambios en la percepción de sí mismos y en su filosofía de vida, resaltando cómo la experiencia de enfermedad impulsó

transformaciones en la manera en que los participantes se comprendieron y proyectaron hacia el futuro. Se distinguen tres dimensiones: el autocuidado, autoconocimiento y fortaleza personal como legado de la enfermedad (subtema 3.1), el vivir con sentido a través de la gratitud y las nuevas prioridades (subtema 3.2), y el altruismo y la solidaridad como proyección del cambio personal (subtema 3.3).

Figura 3

Cambios en la percepción de sí mismos y en su filosofía de vida



3.1. Autocuidado, autoconocimiento y fortaleza personal como legado de la enfermedad

Varios participantes mencionaron que la vivencia de la enfermedad y la hospitalización los llevó a reflexionar profundamente sobre sus hábitos y estilo de vida, asumiendo una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud física y emocional. Manifestaron haber fortalecido su capacidad para afrontar la adversidad y adquirido un conocimiento más claro de sus propios límites y recursos. Después de superar la enfermedad, señalaron cambios significativos en su perspectiva y en su comportamiento, lo que se tradujo en un aumento en las prácticas de autocuidado. Este proceso les permitió desarrollar una mayor conciencia sobre la importancia del cuidado personal y la prevención, motivando la adopción de hábitos más saludables, como una alimentación equilibrada, ejercicio regular y descanso suficiente.

Asimismo, refirieron que la experiencia les otorgó un mayor sentido de conciencia personal y autoconocimiento, reconociendo con mayor claridad sus fortalezas, debilidades, valores y metas futuras. La vivencia traumática fue percibida como un catalizador para reestructurar sus prioridades y valores personales, impulsando una reflexión profunda sobre lo que consideran esencial en su vida. De esta manera, interpretaron el proceso no sólo como un reto superado, sino también como una oportunidad de desarrollarse positivamente y de construir un nuevo enfoque vital.

“Aprendí que debo cuidar más de mí misma, de mi cuerpo y de mi salud. Ahora me preocupo más [...] Antes me descuidaba o no le daba tanta importancia, no comía tan balanceado, no iba al médico, pero ahora tomo mis medicamentos a tiempo y me hago mis chequeos.” (Paola, 67 años)

“He tratado de cuidar más mi salud, y también de dedicar más tiempo para mí mismo, porque antes vivía sumergido en el trabajo. Ahora salgo temprano de trabajar porque voy al gimnasio, o me voy a mi hora porque tengo que comer y estar con mi familia.” (Iván, 44 años)

“Me di cuenta de que soy más fuerte de lo que pensaba, que puedo salir adelante incluso en las peores circunstancias. Como dicen, uno nunca sabe todo lo que es capaz de superar hasta que le toca vivirlo.” (Irene, 49 años)

Estos hallazgos coinciden con investigaciones que señalan que atravesar situaciones de alta vulnerabilidad puede impulsar el desarrollo de estrategias de autocuidado y la percepción de fortaleza personal (Shakespeare-Finch & Barrington, 2012; Linley & Joseph, 2004). En este sentido, el autocuidado no solo cumple una función preventiva, sino que también constituye una manifestación del aprendizaje y la resiliencia generados por la experiencia. En línea con ello, Disabato y colaboradores (2022) identificaron que la práctica regular de comportamientos como una alimentación saludable, ejercicio físico, dedicarse a un pasatiempo, realizar actividades de relajación y meditación, compartir tiempo con personas que brindan apoyo, y mantener una comunicación abierta con amigos y familiares, aporta beneficios significativos, especialmente para regular el estado de ánimo en contextos estresantes, como la pandemia de COVID-19.

Lo referido por los pacientes también puede comprenderse desde el concepto de autoconocimiento, entendido como la auténtica y genuina comprensión que una persona tiene de sí misma, incluyendo rasgos de personalidad, estados emocionales, necesidades y metas, valores, creencias, preferencias, relaciones y patrones de comportamiento, desarrollado a través de procesos sociales y autorreflexivos (Carlson, 2013; Morin & Racy, 2021). En este sentido, Naddaf y Lavy (2023) encontraron que el COVID-19 pudo actuar como catalizador del desarrollo de fortalezas personales, con aumentos significativos en cualidades como valentía, prudencia, creatividad, curiosidad, gratitud, honestidad, esperanza, bondad, autorregulación, inteligencia social y entusiasmo.

3.2. Gratitud con la vida y nuevas prioridades

Tras superar la enfermedad, algunos participantes reportaron cambios en su escala de valores, priorizando la familia, el tiempo de calidad y las experiencias significativas por encima de las preocupaciones materiales o laborales, junto con un sentido renovado de gratitud hacia la vida y hacia quienes los acompañaron en el proceso. Manifestaron haber adquirido una visión más positiva y optimista del futuro, acompañada de una mejora en su bienestar emocional y una sensación general de felicidad. Asimismo, desarrollaron una mayor conciencia sobre la fragilidad de la vida, lo que los motivó a valorar más el tiempo compartido con sus seres queridos y a aprovechar plenamente cada oportunidad.

“Como veo la vida también ha cambiado. Por ejemplo, todo lo que hago, ahora lo hago con más cariño, con más paciencia, con más ánimo. Quiero retomar mi vida y continuarla, porque he aprendido que la vida es frágil y debo valorar más a los que tengo a mi lado.” (Santiago, 59 años)

“Creo que ha cambiado mi forma de ver la vida. Antes le daba más importancia a querer hacer las cosas perfectas. Ahora sé que quiero disfrutar más de la vida. Me siento agradecida de seguir viva y de tener a mi familia. Ahora trato de aprovechar más el tiempo con ellos.” (Irene, 49 años)

“Lo que he aprendido es que la vida pasa muy rápido y nadie la tiene comprada. He aprendido a valorar el tiempo, los momentos. Como dice mi esposa, seguimos

viviendo con mucho ajetreo, muchos problemas, pero la vida nos ha enseñado que no está comprada y debemos disfrutarla.” (Antonio, 57 años)

La literatura indica que la gratitud y la redefinición de prioridades son respuestas comunes tras eventos traumáticos, funcionando como estrategias de adaptación que generan una percepción más positiva de la vida y favorecen la reconstrucción de sentido, integrando la experiencia en la narrativa vital (Wood et al., 2010; Calhoun & Tedeschi, 2014). En este proceso, las personas suelen reportar un mayor aprecio por la familia y los amigos, el deseo de “vivir la vida al máximo” y la valoración de cada día, impulsada tanto por la conciencia de la finitud de la vida como por el reconocimiento de estar en mejor situación que otros. Estos cambios reflejan una orientación de vida, dirigida hacia la observación y apreciación de lo positivo, donde la gratitud constituye una de las formas clave de crecimiento postraumático (Wood et al., 2010).

En esa línea, superar un trauma puede llevar a muchas personas a encontrar significado en su sufrimiento, favoreciendo el crecimiento personal y una mayor satisfacción con la vida (Calhoun et al., 2010). Este proceso ocurre cuando, tras manejar de forma más efectiva la angustia emocional y comprender mejor el evento, los sobrevivientes comienzan a procesar activamente la experiencia, enfrentando su realidad y elaborando una narrativa vital revisada que les permita integrar lo vivido (Tedeschi & Calhoun, 1995). Centrarse en la búsqueda de sentido y en la reinterpretación de la vivencia potencia este crecimiento, el cual se asocia con la oportunidad de descubrir nuevas formas de significado y alcanzar un bienestar psicológico más elevado (Triplett et al., 2012).

3.3. Altruismo y solidaridad como proyección del cambio personal

La experiencia de la enfermedad despertó en algunos participantes una mayor disposición a ayudar a otros, especialmente a quienes enfrentan problemas de salud o situaciones adversas, manifestándose en gestos concretos de apoyo y en una empatía más profunda hacia el sufrimiento ajeno. Tras su recuperación, refirieron un incremento en sus acciones altruistas y una mayor sensibilidad hacia las necesidades de los demás, motivados por la gratitud experimentada y el reconocimiento de la importancia del apoyo mutuo, lo que fortaleció su deseo genuino de contribuir al bienestar de otros.

“Ahora, cuando sé de alguien que está enfermo, no dudo en llamarlo o visitarlo para darle ánimos, porque sé lo que se siente. Siento que me dan más ganas de

ayudar a otras personas. En el trabajo les digo a mis compañeros, cuídate, que estés bien, les digo que me pueden pedir ayuda, pedir que los apoye cuando necesitan” (Miguel, 63 años).

“Ahora estoy más dispuesta a ser más solidaria, a brindarle apoyo a mi familia, mis amigos, y también a los pacientes que atiendo. Yo siempre he tratado de darles un buen trato, pero ahora siento que es más espontáneo, porque estoy agradeciendo esta nueva oportunidad, más que por un deber” (Irene, 49 años).

“Me nace ayudar más, aunque sea con palabras, porque todos necesitamos sentirnos acompañados. Después de lo que pasé, me di cuenta de que el apoyo de alguien puede marcar la diferencia, por eso ahora quiero ser yo quien brinde ese apoyo” (Vivian, 43 años).

El altruismo es una forma de comportamiento prosocial donde un individuo ayuda desinteresadamente a otros y se preocupa por su bienestar, a pesar de las consecuencias para sí mismo, y sin expectativas de recompensa (Batson y Powell, 2003). El “altruismo nacido del sufrimiento” (Vollhardt & Staub, 2011) es un concepto que afirma que las personas que atravesaron experiencias traumáticas tienen más probabilidades de desarrollar actitudes o comportamientos altruistas como resultado de una mayor empatía por los demás en situaciones de angustia (Greenberg et al., 2018; Vollhardt & Staub, 2011; Wanner et al., 2009). Asimismo, percibir atención y soporte de otros en experiencias traumáticas puede promover el altruismo individual y el comportamiento de ayuda (Harvey & Berndt, 2021).

Este tipo de orientación prosocial ha sido documentada como una de las expresiones del crecimiento postraumático, especialmente en la dimensión de mejora en las relaciones con otros (Tedeschi & Calhoun, 2004). La adversidad vivida se transforma así en una motivación para ofrecer a otros el soporte que resultó significativo durante la propia recuperación.

Adicionalmente, algunos participantes refirieron tener una percepción de mayor altruismo por parte de los demás, notando un incremento en las demostraciones de generosidad, compasión y apoyo por parte de su entorno.

“Lo que pasó fue una gran lección para toda la humanidad. Nos hemos vuelto más comprensivos, más caritativos. Como que te vuelves una buena persona desde ese momento. Eso es lo que yo he sentido y también he visto en otras

personas. Eso es lo que he visto acá en mi barrio, toda la gente apoya a las personas que están en la calle. Es distinto, cambió bastante la situación para el bien de la humanidad.” (Santiago, 59 años)

Esta mayor percepción de mayor altruismo y solidaridad en su entorno puede deberse a un cambio en la perspectiva interpersonal, pues haber pasado por experiencias traumáticas llevaría a las personas a desarrollar mayor sensibilidad y aprecio por el soporte de los demás (Navia & Stefanu, 2021). De manera similar, después de un evento traumático, las personas pueden ser más propensas a notar y recordar los actos altruistas que experimentan. Esto se debe a un sesgo de confirmación, que puede resultar en una percepción más destacada de la presencia de comportamientos altruistas en su entorno (Oakley, 2013).

Los cambios en la autopercepción, la filosofía de vida y la orientación hacia los demás observados en los participantes sugieren que la experiencia de la enfermedad no tuvo un impacto únicamente negativo, sino que también habilitó procesos de reflexión y transformación personal. El fortalecimiento del autocuidado, el reconocimiento de la propia fortaleza, la gratitud, la redefinición de las prioridades y el impulso hacia la ayuda mutua se alinean con varias dimensiones del crecimiento postraumático, mostrando cómo la adversidad puede convertirse en catalizador de un cambio profundo y sostenido, tanto individualmente como a nivel relacional.

4. El crecimiento postraumático como reconstrucción de sentido tras la crisis

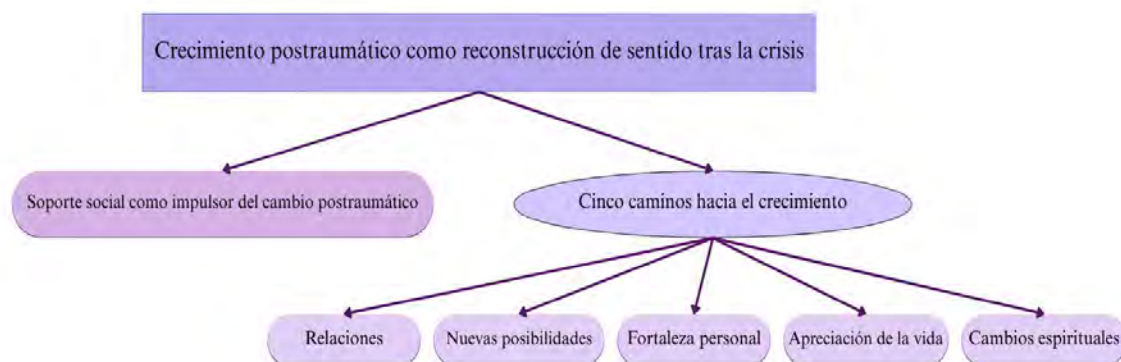
Antes de presentar los resultados específicos, es importante señalar que este tema no introduce categorías nuevas, sino que integra y reinterpreta los hallazgos desarrollados previamente. Su propósito es ofrecer una lectura transversal de los cambios experimentados por los participantes, articulando los procesos personales, interpersonales y sociales dentro del marco del crecimiento postraumático.

Los relatos de los participantes muestran que el proceso de recuperación tras la hospitalización por COVID-19 implicó mucho más que la superación física de la enfermedad, pues supuso también la reconstrucción de sentido en sus vidas. Como se muestra en la Figura 4, este proceso estuvo influido tanto por el soporte social que recibieron, como por los cambios personales e interpersonales que experimentaron, y se expresó en distintas dimensiones del crecimiento postraumático descritas por Tedeschi y Calhoun (2004).

La Figura 4 sintetiza el tema del crecimiento postraumático como un proceso de reconstrucción de sentido tras la crisis. Se muestra cómo este fenómeno se despliega en dos direcciones principales: por un lado, el soporte social como impulsor del cambio postraumático (subtema 4.1), que permitió transformar la experiencia de hospitalización en aprendizajes y vínculos significativos; y, por otro, los cinco caminos hacia el crecimiento (subtema 4.2), que abarcan transformaciones en las relaciones interpersonales, la percepción de nuevas posibilidades, el fortalecimiento personal, la gratitud y la espiritualidad.

Figura 4

Crecimiento postraumático como reconstrucción de sentido tras la crisis



4.1. El soporte social como impulsor del cambio postraumático

A continuación, la Figura 5 sintetiza de manera esquemática la relación entre el soporte social y el crecimiento postraumático, mostrando cómo este recurso tiene un papel dinamizador y se vincula con dos dimensiones de transformación identificadas en los relatos. Por un lado, impulsa cambios personales vinculados con la fortaleza, la gratitud y la reconstrucción del sentido vital; y, por otro, favorece cambios interpersonales expresados en la intensificación del afecto, el fortalecimiento de los vínculos y la ampliación de la comunicación. La articulación de estas dos dimensiones permite comprender cómo el acompañamiento recibido, haya sido del tipo emocional, instrumental o relacional, pudo funcionar como un catalizador que facilitó la elaboración de la experiencia traumática y sostuvo el surgimiento del crecimiento reportado por los participantes.

Figura 5

Soporte social como impulsor del cambio postraumático



Los participantes identificaron el acompañamiento emocional, la cercanía familiar y la solidaridad por parte de las personas de su entorno como elementos centrales que les permitieron sobrellevar la enfermedad y proyectarse hacia el futuro. De esta manera, el soporte social actuó no solo como un recurso de afrontamiento en la etapa más grave de la enfermedad, sino también como catalizador de cambios profundos y positivos.

“Mis hijos y mi esposa fueron mi fuerza. Sentirlos cerca me ayudó a no rendirme y a pensar que podía salir adelante. Tras la enfermedad creo que me he vuelto mucho más cercano a ellos.” (Antonio, 57 años)

“Ante ese apoyo, yo me sentía feliz y contenta porque me quiere mi familia. No se descuidaban de mí, siempre me preguntaban cómo estaba, me mandaban mensajes y me llamaban, y eso me ayudaba emocionalmente. Eso te llena de felicidad, de ganas de seguir viviendo. Eso me ha ayudado bastante, incluso tras recuperarme. Saber que había gente pendiente de mí me dio ganas de vivir, de mejorar como persona.” (Paola, 67 años)

La literatura ha demostrado que el soporte social cumple un rol decisivo en la reinterpretación positiva de experiencias traumáticas, en tanto favorece la construcción de sentido y puede promover la adopción de cambios adaptativos (Prati & Pietrantonio, 2009; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Los hallazgos de este estudio también se adhieren a esa línea: la presencia de vínculos disponibles, sólidos y responsivos permitió que los participantes interpretaran la enfermedad no solo como un episodio crítico, sino

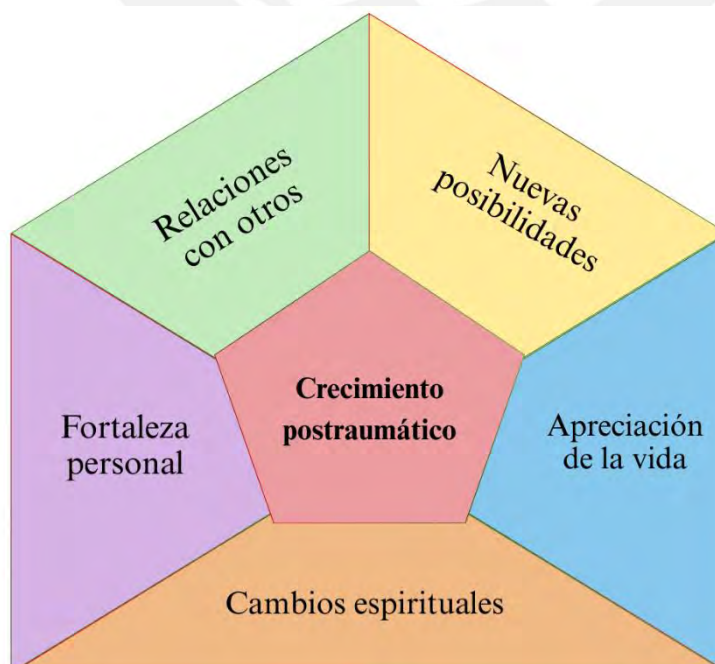
como una oportunidad de aprendizaje y fortalecimiento personal. Tal como señalan Ben-Hayun y Zysberg (2024), el crecimiento postraumático no depende exclusivamente del trauma, sino de los procesos relacionales que tienen lugar durante y después del mismo—compartir la experiencia, recibir apoyo emocional y validar las propias vivencias. En este contexto, el acompañamiento recibido no solo amortiguó el aislamiento y la angustia, sino que favoreció evaluaciones más constructivas del evento, la adopción de estrategias de afrontamiento eficaces y la elaboración de narrativas coherentes que sostuvieron la emergencia del crecimiento descrito por los participantes.

4.2. Cinco caminos hacia el crecimiento: relaciones, posibilidades, fuerza, gratitud y espiritualidad

La Figura 6 sintetiza de manera esquemática los cinco caminos a través de los cuales los participantes expresaron su proceso de crecimiento postraumático: el fortalecimiento de las relaciones con otros, la apertura a nuevas posibilidades, el desarrollo de la fuerza personal, la vivencia de la gratitud y la profundización de la espiritualidad. Estas dimensiones permiten condensar y organizar los hallazgos previamente desarrollados, mostrando cómo los cambios narrados por los participantes, tanto personales como interpersonales, se integran en estas áreas específicas de transformación.

Figura 6

Crecimiento postraumático: relaciones, nuevas posibilidades, fuerza, gratitud y espiritualidad



A partir de los relatos compartidos por los participantes en las entrevistas, se identificaron expresiones concretas de cada una de estas cinco dimensiones. En conjunto, estos hallazgos confirman que el crecimiento postraumático no constituye un fenómeno unidimensional, sino un proceso complejo y multifacético, influido por factores personales, relacionales y contextuales. A continuación, se presenta cada dimensión acompañada de las citas más representativas.

I. Mejora en las relaciones con otros: Los participantes describieron una intensificación de sus vínculos, marcada por mayor cercanía afectiva, empatía y disposición a ayudar. Este cambio no solo se reflejó en el núcleo familiar, sino también en amistades y relaciones comunitarias, con una comunicación más abierta y expresiones de afecto más frecuentes.

“He aprendido que debo valorar más a los que tengo a mi lado, mi esposa, mi familia, mis amigos. Me he acercado más a las personas que quiero, ahora nos decimos lo que sentimos sin miedo y nos apoyamos si algo pasa.” (Santiago, 59 años)

II. Nuevas posibilidades: La experiencia de enfermedad llevó a algunos a reconsiderar metas y proyectos que habían postergado, así como a explorar actividades nuevas que aportaran sentido y satisfacción. Este redescubrimiento de oportunidades fue visto como una forma de aprovechar la “segunda oportunidad” que sentían haber recibido.

“Pensar en mis hijos me motivaba y me dio fuerza, por eso he pensado en que quiero tener más hijos en un futuro cercano. También tengo planes de cambiar de rumbo en el trabajo, he considerado buscar nuevas alternativas laborales en otros lugares.” (Vivian, 43 años)

III. Fortaleza personal: Varios participantes destacaron que enfrentar la hospitalización y el riesgo vital fortaleció su percepción de resiliencia y su confianza para manejar futuras adversidades. Mostraron agencia y determinación, lo que contribuyó a que puedan recuperarse activamente; y reconocieron habilidades y recursos internos que antes no identificaban, lo que incrementó su autoeficacia percibida.

“Cuando me dijeron que ya estaba bien y que dependía de mí recuperarme, decidí valerme por mí mismo. En esa etapa es donde tú tomas las decisiones; si sigues en cama, si prefieres que te atienda la enfermera o si te vales por ti mismo. Tenía muchas ganas de salir adelante, y creo que esa decisión me

ayudó a recuperarme rápido. Superar esto me demostró que puedo resistir más de lo que creía, porque fue decisión mía y yo decidí salir rápido de esto”
(Iván, 44 años)

IV. Apreciación de la vida: El haber atravesado una experiencia crítica generó una valoración más intensa del presente, de las personas cercanas y de los momentos cotidianos. Este cambio implicó ralentizar el ritmo de vida y prestar más atención a lo esencial, reduciendo la importancia otorgada a preocupaciones triviales.

“Ahora mismo pienso que uno debe disfrutar la vida y vivir cada momento en el que se tiene la posibilidad de ser feliz, porque uno no está libre de nada y en cualquier momento nos vamos. Me siento tranquila con lo que estoy viviendo, estoy contenta y satisfecha con lo que tengo.” (Paola, 67 años)

V. Cambios espirituales: Algunos participantes reportaron un fortalecimiento de sus creencias religiosas o espirituales, así como una conexión más profunda con lo trascendental. Este aspecto se manifestó en prácticas de fe más frecuentes, reinterpretación del propósito vital y búsqueda de significados existenciales.

“Me acerqué más a Dios. Tras recuperarme, yo sentía paz, porque pensaba que Dios decidió que yo tengo algo más que hacer en el mundo, por eso no me dejó morir. Sentí que me dio otra oportunidad y no la quiero desperdiciar, decía gracias Dios mío, oraba bastante, estaba con mi Biblia.” (Antonio, 57 años)

Los resultados muestran que las cinco dimensiones del crecimiento postraumático emergieron de manera diferenciada en los relatos, dando cuenta de un proceso de adaptación que articula resiliencia, reconexión con el entorno y apertura a nuevas perspectivas vitales. En conjunto, estas dimensiones no surgieron como procesos aislados, sino como partes interdependientes de una misma reconstrucción de sentido tras la crisis, en coherencia con lo discutido en el subtema anterior.

Así, la mejora en las relaciones con otros se entrelazó con sentimientos de gratitud y una renovada apreciación de la vida, fortaleciendo el apoyo percibido y la motivación para aprovechar nuevas oportunidades. Del mismo modo, la fortaleza personal adquirida no solo impulsó cambios en la autopercepción, sino que también facilitó la apertura a posibilidades antes no consideradas. Por su parte, los cambios espirituales, que se hicieron

presentes en varios relatos, funcionaron como un marco de interpretación que permitió integrar la experiencia traumática dentro de una narrativa de propósito, continuidad y transformación. De manera integral, este mapa de cambios refleja que, incluso en contextos altamente adversos, es posible desarrollar recursos internos y externos que, en interacción dinámica con los vínculos interpersonales y los marcos de significado, favorecen una reconstrucción de sentido que no es lineal, sino gradual y sostenida en el tiempo.



Conclusiones

La presente investigación, basada en un análisis temático, tuvo como objetivo comprender las experiencias de crecimiento postraumático en relación con el soporte social en pacientes hospitalizados por COVID-19. Los hallazgos presentados anteriormente evidencian que el soporte social, entendido como el apoyo emocional, práctico e informativo brindado por familiares, amistades, otros pacientes y, en algunos casos, profesionales de la salud; fue un recurso clave no solo para afrontar la etapa crítica de la enfermedad, sino también para promover transformaciones personales e interpersonales en el proceso de desarrollo del crecimiento postraumático.

De esta manera, se identificaron cuatro grandes temas. El primer tema abordó el soporte social como recurso esencial durante la hospitalización y recuperación, e incluyó la presencia de vínculos significativos como sostén emocional, el “contacto intrahospitalario” como vía de acceso a la atención médica, el soporte horizontal entre pacientes y las experiencias de ausencia o insuficiencia del apoyo. Estos elementos mostraron cómo la calidad y disponibilidad de la red de apoyo influyeron directamente en la vivencia de la enfermedad y en el proceso de reconstrucción de sentido tras superar esta experiencia.

El segundo tema exploró las transformaciones en las relaciones interpersonales tras la experiencia de enfermedad. Los participantes reportaron una mayor valoración de sus vínculos cercanos, un aumento en la expresión de afecto y una comunicación más abierta y frecuente, fortaleciendo la cohesión y calidad de estas relaciones.

El tercer tema planteó los cambios en la percepción de sí mismos y en la filosofía de vida de los participantes. Se observaron procesos de mayor autocuidado, autoconocimiento y fortaleza personal, junto con un sentido renovado de gratitud, redefinición de prioridades y un incremento de conductas altruistas y solidarias hacia los demás.

El cuarto tema se aproximó al crecimiento postraumático como reconstrucción de sentido tras la crisis. Emergieron las cinco dimensiones propuestas por Tedeschi y Calhoun (2004): mejora en las relaciones con otros, descubrimiento de nuevas posibilidades, fortaleza personal, apreciación de la vida y cambios espirituales. Estas dimensiones interactuaron de manera interdependiente, configurando un proceso no lineal de adaptación y transformación positiva.

En conjunto, los resultados confirman que, en este contexto, el crecimiento postraumático no se limita a la superación física del trauma, sino que involucra la

interacción entre recursos internos, vínculos interpersonales y marcos de significado. Esto remarca el hecho de que el crecimiento postraumático tiene el potencial de fortalecer los lazos con los demás, descubrir nuevas oportunidades, aumentar la fortaleza personal, experimentar una transformación espiritual y cultivar una mayor apreciación por la vida. Asimismo, el soporte social actuó como un eje articulador que facilitó la integración de la experiencia y la proyección hacia un futuro con nuevas perspectivas y prioridades.

Esta investigación representa uno de los primeros intentos por identificar aspectos positivos en pacientes que han superado el COVID-19. Constituye uno de los primeros acercamientos cualitativos, en el contexto peruano, que explora de forma integrada el crecimiento postraumático y el soporte social en pacientes hospitalizados por COVID-19. Sus hallazgos aportan evidencia contextualizada que puede servir como referencia para el diseño de intervenciones psicosociales y para futuras investigaciones que busquen ampliar o contrastar estos resultados en distintos entornos hospitalarios y poblaciones.

Del mismo modo, puede servir como base y facilitar el diseño de intervenciones más especializadas para brindar soporte a las personas que vivieron experiencias traumáticas asociadas a la enfermedad, promoviendo el reconocimiento del crecimiento postraumático como un elemento clave en la recuperación emocional. Asimismo, ofrece insumos para comprender cómo factores culturales y estructurales, como el colectivismo y las redes informales, influyen en la reconstrucción de sentido tras una experiencia traumática, evidenciando que el crecimiento postraumático se configura en diálogo con el contexto sociocultural.

La presente investigación enfrentó diversas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus hallazgos. En primer lugar, la sensibilidad del tema y su cercanía temporal con la pandemia dificultaron el acceso a los participantes. La naturaleza traumática del internamiento y de la propia experiencia con la enfermedad representó un desafío para el reclutamiento de personas dispuestas a compartir vivencias emocionalmente intensas, lo cual condicionó la composición de la muestra. Asimismo, la mayoría de los pacientes entrevistados estuvieron internados en un mismo hospital de alta complejidad, con acceso a infraestructura especializada y, en algunos casos, a tratamientos experimentales. Este contexto particular pudo influir en las formas en que los participantes atravesaron la enfermedad y el proceso de recuperación, configurando experiencias que podrían diferir de las vividas en otros entornos hospitalarios.

Otra limitación se relaciona con la influencia de las redes informales de acceso a la salud, como el “contacto intrahospitalario”, una particularidad del contexto peruano

que pudo incidir en la disponibilidad de apoyo y contención durante la hospitalización, generando diferencias en las vivencias relatadas. Finalmente, la escasez de estudios cualitativos similares, tanto en el ámbito nacional como en la región latinoamericana, restringió las posibilidades de establecer comparaciones teóricas más amplias. En esa línea, se presentaron limitaciones en términos de disponibilidad de estudios específicos sobre la población hospitalizada. Gran parte de las investigaciones se centran en pacientes de COVID-19 que no requirieron ingreso hospitalario, o se enfocan exclusivamente en las experiencias del personal de salud. Pese a ello, el estudio aporta una mirada comprensiva y situada sobre cómo las experiencias de hospitalización por COVID-19 pueden transformarse en procesos de reconstrucción y crecimiento personal.

Asimismo, se reconoce que la posición de la investigadora, como sus experiencias personales, su formación en psicología y su implicación empática con los participantes; pudo influir en la interpretación de los relatos. No obstante, este ejercicio reflexivo hizo posible mantener una postura crítica y consciente durante el estudio, fortaleciendo la coherencia interpretativa del mismo, y permitiendo sostener un análisis más consciente, empático y éticamente comprometido con las voces recogidas.

A partir de estos resultados planteados, se recomienda que futuras investigaciones profundicen en el estudio del crecimiento postraumático en la población de pacientes que fueron hospitalizados. Ya que la mayoría de los estudios tiende a explorar los efectos negativos y adversos del contexto pandémico, se considera necesario cambiar el enfoque hacia los impactos emocionales positivos. Esto implica incorporar variables como el bienestar psicológico, la resiliencia, la autodeterminación y la motivación, proporcionando una comprensión integral de los procesos de cambio, y ofreciendo perspectivas valiosas para intervenciones futuras.

También sería valioso que futuras líneas de investigación puedan emplear metodologías mixtas que combinen el análisis cualitativo con mediciones psicométricas de crecimiento postraumático y soporte social, a fin de ampliar las posibilidades de comparación y fortalecer la validez de los hallazgos. Igualmente, se sugiere examinar con mayor detalle la influencia de factores contextuales, como las redes informales y la cultura colectivista, en la reconstrucción de significados después de una experiencia traumática.

En el ámbito clínico y comunitario, se plantea la necesidad de diseñar intervenciones que se enfoquen en fortalecer e impulsar el soporte social durante la hospitalización y recuperación. Esto implica implementar programas que promuevan la

interacción positiva y el apoyo mutuo entre pacientes, como grupos de acompañamiento intrahospitalario o encuentros virtuales en casos de aislamiento. Estos espacios no solo favorecerían el intercambio de experiencias y la contención emocional, sino que también podrían generar un sentido de pertenencia y esperanza en un contexto de alta vulnerabilidad. Paralelamente, resulta esencial trabajar con las familias y las comunidades para reforzar sus capacidades de acompañamiento, facilitando la comunicación, la organización de redes de cuidado y la identificación temprana de necesidades emocionales y prácticas.

Asimismo, se considera relevante incluir estrategias orientadas al autocuidado, la gratitud y el altruismo como parte del acompañamiento post hospitalario. La promoción del autocuidado debe contemplar tanto la dimensión física, a través de hábitos saludables y prevención de recaídas, como la emocional, mediante técnicas de manejo del estrés y fortalecimiento de recursos internos. La gratitud puede trabajarse como potencial herramienta terapéutica para consolidar una visión positiva de la experiencia vivida y fomentar la resiliencia, mientras que el altruismo puede canalizarse a través de actividades solidarias que permitan a los pacientes compartir su experiencia y brindar apoyo a otros que atraviesan situaciones similares, reforzando así su sentido de propósito y conexión social.

Finalmente, se recomienda sensibilizar al personal de salud sobre la importancia del apoyo emocional en contextos de alta demanda asistencial. Esto requiere capacitaciones específicas que les permitan reconocer las señales de necesidad emocional en los pacientes, así como estrategias de comunicación empática y acompañamiento breve que puedan aplicarse incluso en entornos de sobrecarga laboral. Reconocer el soporte emocional como un componente integral del proceso de recuperación contribuiría a mejorar la experiencia hospitalaria, reduciendo el impacto psicológico de la hospitalización y favoreciendo una recuperación más completa, tanto física como emocionalmente.

Referencias

- Adab, P., Haroon, S., O'Hara, M. & Jordan, R. (2022). Comorbidities and covid-19. *BMJ*; 377, 1431 <https://doi:10.1136/bmj.o1431>
- Adjorlolo, S., Adjorlolo, P., Andoh-Arthur, J.; Ahiabile, E.K.; Kretchy, I.A. & Osafo, J. (2022). Post-Traumatic Growth and Resilience among Hospitalized COVID-19 Survivors: A Gendered Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 10014. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610014>
- Ahmed, N. N., Juber, N. F., AlKaabi, R., AlShehhi, F., AlObeidli, M., Salem, A., Galadari, A., Wanigaratne, S., & Ahmad, A. (2022). The Psychological Impact of Isolation on Hospitalized Patients with COVID-19 Infection in the UAE. *Journal of epidemiology and global health*, 12(4), 516–523. <https://doi.org/10.1007/s44197-022-00070-4>
- Akhtar, M. (2017). *What is post traumatic growth*. Duncan Baird Publishers.
- American Psychological Association [APA]. (2023a). Trauma. <https://dictionary.apa.org/trauma>
- American Psychological Association [APA]. (2023b). Stress. <https://dictionary.apa.org/stress>
- American Psychological Association [APA]. (2022). Mental health. <https://www.apa.org/topics/mental-health#:~:text=Mental%20health%20is%20a%20state,demands%20and%20stresses%20of%20life>
- Amini, M., & Noroozi, R. (2018). Relationship between self-management strategy and self-efficacy among staff of Ardabil disaster and emergency medical management centers. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*, 3(2), 85–90. <https://doi.org/10.29252/nrip.hdq.3.2.85>
- Ardakani, M. F., Farajkhoda, T., & Mehrabbeik, A. (2022). Lived Experiences of Recovered COVID-19 Patients after Hospitalization: A Phenomenological Research. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(4), 308–316. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_298_21
- Aydin, A. & Kaya, Y. (2022). Post-Traumatic Growth Experiences of Individuals Having Completed Treatment for Coronavirus: A Qualitative Study. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 4(1): 23-33.

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. En F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Vol. 5, pp. 307–337). Information Age Publishing.
- Batson, C., & Powell, A. (2003). Altruism and prosocial behavior. En T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology*, Vol. 5, pp. 463–484). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0519>
- Ben-Hayun, S., & Zysberg, L. (2024). Formal and Informal Social Support and Teacher's Growth after Being Exposed to Violence Against Them. *Psychology*, 15, 1791-1809. <https://doi.org/10.4236/psych.2024.1511104>
- Birkelund, R., & Larsen, L. S. (2013). Patient-patient interaction--caring and sharing. *Scandinavian journal of caring sciences*, 27(3), 608–615. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01072.x>
- Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi:10.1037/0003-066x.59.1.20>
- Bonanno, G., & Diminich, E. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity--trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Utilizando el análisis temático en psicología. *Investigación cualitativa en psicología*, 3 (2)
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. En H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (Vol. 2, pp. 57–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Bridgland, V., Moeck, E., Green, D., Swain, T., Nayda, D., Matson, L., et al. (2021) Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PLoS ONE*, 16(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240146>
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279–287. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.279>

- Cai, T., Huang, Q. & Yuan, C. (2021). Profiles of instrumental, emotional, and informational support in Chinese breast cancer patients undergoing chemotherapy: a latent class analysis. *BMC Women's Health*, 21 (01), 183. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01307-3>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide. En *Medical Entomology and Zoology*. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA47313375>
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G. & McMillan, J. (2000), A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521-527. <https://doi.org/10.1023/A:1007745627077>
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Socio-cultural considerations. En T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1–14). Wiley.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Routledge.
- Cañizares, P., & Álvarez, J. (2019). Evaluación de la percepción de autoeficacia en pacientes de oncología infantil. *Psicooncología*, 16(2), 387. <https://doi.org/10.5209/psic.65598>
- Carlson, E. N. (2013). Overcoming the barriers to self-knowledge: Mindfulness as a path to seeing yourself as you really are. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 173–186. <https://doi.org/10.1177/1745691612462584>
- Carvalho, F., Maciel, L., & Basto-Pereira, M. (2019). Two Sides of Child Maltreatment: from Psychopathic Traits to Altruistic Attitudes Inhibition. *Journal of child & adolescent trauma*, 13(2), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00280-2>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2023). CDC Museum COVID-19 Timeline. <https://www.cdc.gov/museum/timeline/covid19.html#>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2023). Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death by Age Group. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>
- Cerin, E., Sit, C., Zhang C., et al. (2016). Neighborhood environment, physical activity, quality of life and depressive symptoms in Hong Kong older adults: a protocol for an

- observational study. *BMJ Open*;6: e010384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010384.html>
- Chang, B. L., Brecht, M. L., & Carter, P. A. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health*, 33(1-2), 39-61. https://doi.org/10.1300/J013v33n01_04
- Cheng, L., & Liu, L. (2021). Exploring posttraumatic growth after the COVID-19 pandemic. *Tourism Management*, 90, 104474. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2021.104474>
- Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(5), 10.4088/PCC.15f01840. <https://doi.org/10.4088/PCC.15f01840>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological boletín*, 98(2), 310. [https://doi.org/0033-2909/85/\\$00.75](https://doi.org/0033-2909/85/$00.75)
- Craparo, G., La Rosa, V. L., Marino, G., Vezzoli, M., Cinà, G. S., Colombi, M., Arcoleo, G., Severino, M., Costanzo, G., & Mangiapane, E. (2022). Risk of post-traumatic stress symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 recovered patients. A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 308, 114353. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114353>
- Creswell, J. (2013). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4ta ed.). SAGE Publications.
- Datum. (2020). Salud Mental en tiempos de pandemia. http://www.datum.com.pe/new_web_files/files/pdf/Salud%20mental%20en%20tiempos%20de%20pandemia_201218092143.pdf
- Decreto Supremo N.º 044-2020-PCM. (15 de marzo de 2020). Normas Legales, N.º 1864948-1. Diario Oficial El Peruano, 15 de marzo de 2020.
- Defensoría del Pueblo (2020). Defensoría del Pueblo: imposibilidad de atención en los servicios de salud de Lima es inminente. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-imposibilidad-de-atencion-en-los-servicios-de-salud-de-lima-es-inminente/>

- Di Cicco, B., & Crabtree, F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education*, 40(4), 314-321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Disabato, D., Aurora, P., Sidney, P., Taber, J., Thompson, C., & Coifman, K. (2022). Self-care behaviors and affect during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Health Psychology*, 41(11), 833–842. <https://doi.org/10.1037/hea0001239>
- Dorjee, K., Kim, H., Bonomo, E., & Dolma, R. (2020) Prevalence and predictors of death and severe disease in patients hospitalized due to COVID-19: A comprehensive systematic review and meta-analysis of 77 studies and 38,000 patients. *PLOS ONE*, 15(12), 0243191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243191>
- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2055–2073. <https://doi.org/10.1177/0265407518776134>
- El Peruano (17 de febrero de 2021). Agustín Espinosa: Hay un riesgo incremental en el tema de la transgresión social muy peligroso. <https://elperuano.pe/noticia/115502-agustin-espinosa-hay-un-riesgo-incremental-en-el-tema-de-la-transgresion-social-muy-peligroso>
- Fatehi, K., Priestley, J. L., & Taasoobshirazi, G. (2020). The expanded view of individualism and collectivism: One, two, or four dimensions? *International Journal of Cross-Cultural Management*, 20(1), 7-24. <https://doi.org/10.1177/1470595820913077>
- Fink, G. (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. En Fink, G. (Ed.) *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior: Handbook in Stress Series* (Vol. 1, pp. 3-11). Academic Press.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). PERÚ: Impacto de la pandemia de la COVID-19 en el bienestar de adolescentes y jóvenes. <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/impacto-del-covid-19-en-el-bienestar-de-adolescentes-y-jovenes.pdf>
- Fowks, J. (1 de junio de 2021). Perú registra la mayor tasa de mortalidad del mundo por la COVID. *El País*. <https://elpais.com/internacional/2021-06-01/peru-eleva-de-68000-a-180000-los-muertos-por-la-pandemia-de-la-covid-19.html>
- Garg, S., Kim, L., Whitaker, M., O'Halloran, A., Cummings, C., Holstein, R., Prill, M., Chai, S. J., Kirley, P. D., Alden, N. B., Kawasaki, B., Yousey-Hindes, K., Nicolai,

- L., Anderson, E. J., Openo, K. P., Weigel, A., Monroe, M. L., Ryan, P., Henderson, J., Kim, S., ... Fry, A. (2020). Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 - COVID-NET. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(15), 458–464. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e3>
- Ghapanvari, F., Namdar, P., Moradi, M., & Yekefallah, L. (2022). Psychological Impact of the COVID-19 on Hospitalized Patients: A Qualitative Study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(2), 92–98. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_382_20
- Gizdic, A., Baxter, T., Barrantes-Vidal, N. & Park, S. (2023) Social connectedness and resilience post COVID-19 pandemic: buffering against trauma, stress, and psychosis. *Psychiatry Research Communications*, 3(2), 100126. <https://doi.org/10.1016/j.psychom.2023.100126>
- Gökalp, Z. Ş., Koc, H., & Kozan, H. İ. Ö. (2022). Coping and post-traumatic growth among COVID-19 patients: a qualitative study. *Journal of Adult Development*, 29(3), 228-239. <https://doi.org/10.1007/s10804-022-09398-4>
- Gold, J. A. W., Wong, K. K., Szablewski, C. M., Patel, P. R., Rossow, J., da Silva, J., Natarajan, P., Morris, S. B., Fanfair, R. N., Rogers-Brown, J., Bruce, B. B., Browning, S. D., Hernandez-Romieu, A. C., Furukawa, N. W., Kang, M., Evans, M. E., Oosmanally, N., Tobin-D'Angelo, M., Drenzek, C., Murphy, D. J., ... Jackson, B. R. (2020). Characteristics and Clinical Outcomes of Adult Patients Hospitalized with COVID-19 - Georgia, March 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(18), 545–550. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6918e1>
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*, 69(5), 511-520. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.001>
- Graff, H. J., Christensen, U., Poulsen, I., & Egerod, I. (2017). Patient perspectives on navigating the field of traumatic brain injury rehabilitation: a qualitative thematic analysis. *Disability And Rehabilitation*, 40(8), 926-934. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1280542>
- Greenberg, D. M., Baron-Cohen, S., Rosenberg, N., Fonagy, P., & Rentfrow, P. J. (2018). Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PloS One*, 13(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203886>

- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 293, 113452. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>
- Hall, E. D., Earle, K., Silverstone, J., Immel, M., Carlisle, M., & Campbell, N. (2022). Changes in family communication during the COVID-19 pandemic: the role of family communication patterns and relational distance. *Communication Research Reports*, 39(1), 56-67. <https://doi.org/10.1080/08824096.2021.2025045>
- Hamam, A. A., Milo, S., Mor, I., Shaked, E., Eliav, A. S., & Lahav, Y. (2021). Peritraumatic reactions during the COVID-19 pandemic – the contribution of posttraumatic growth attributed to prior trauma. *Journal of Psychiatric Research*, 132, 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.09.029>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212–5222. <https://doi.org/10.19082/5212>
- Harper, D. (2011). Choosing a qualitative research method. In: D. Harper and A. R. Thompson (ed.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy* (pp. 83-98). Wiley Blackwell.
- Hospital Hermilio Valdizán. (2020). Boletín Epidemiológico-Julio 2020. <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2020/JULIO.pdf>
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Infurna, F. J., & Jayawickreme, E. (2019). Fixing the growth illusion: New directions for research in resilience and posttraumatic growth. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 152-158. <https://doi.org/10.1177/0963721419827017>
- Instituto de Opinión Pública [IOP]. (2017). *Boletín Estado de la Opinión Pública: La cultura de la transgresión en el Perú de hoy*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 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(12), 1903-1910. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0865-5>

- Jirsaraie, R. J., Ranby, K. W., & Albeck, D. S. (2019). Early life stress moderates the relationship between age and prosocial behaviors. *Child Abuse & Neglect*, *94*, 104029. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104029>
- Kira, I. (2021). The development-based taxonomy of stressors and traumas: An initial empirical validation. *Psychology*, *12*(10), 1575-1614. <https://doi.org/10.4236/psych.2021.1210099>
- Kira, I., Shuwiekh, H., Ashby, J.S. *et al.* (2023). The Impact of COVID-19 Traumatic Stressors on Mental Health: Is COVID-19 a New Trauma Type. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *21*, 51–70. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00577-0>
- Koliouli, F., & Canellopoulos, L. (2021). Dispositional optimism, stress, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in the Greek general population facing the COVID-19 crisis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *5*(2), 100209. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100209>
- Krys, K., Vignoles, V. L., de Almeida, I., & Uchida, Y. (2022). Outside the “Cultural Binary”: Understanding Why Latin American Collectivist Societies Foster Independent Selves. *Perspectives on Psychological Science*, *17*(4), 1166-1187. <https://doi.org/10.1177/17456916211029632>
- Kuntz, J. C., Malinen, S., & Näswall, K. (2017). Employee resilience: Directions for resilience development. *Consulting Psychology Journal*, *69*(3), 223-242. <https://doi.org/10.1037/cpb0000097>
- Kuntz, J. C. (2020). Resilience in Times of Global Pandemic: Steering Recovery and Thriving Trajectories. *Applied Psychology*, *70*(1), 188–215. <https://doi:10.1111/apps.12296>
- Larsen, L. S., Larsen, B. H., & Birkelund, R. (2012). An ambiguous relationship - a qualitative meta-synthesis of hospitalized somatic patients' experience of interaction with fellow patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *27*(3), 495–505. <https://doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01054.x>
- Larson, A., & Moses, T. (2017). Examining the link between stress events and prosocial behavior in adolescents: More ordinary magic? *Youth & Society*, *49*(6), 779–804. <https://doi.org/10.1177/0044118X14563049>
- Levi, Y., Krysinska, K., & Andriessen, K. (2021). “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. <https://doi.org/10.1037/tra0000977>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress: Official publication of the international society for traumatic stress studies*, 22(4), 282-286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>
- Li, Z., Ge, J., Feng, J., Jiang, R., Zhou, Q., Xu, X., Pan, Y., Liu, S., Gui, B., Wang, Z., Zhu B, Hu, Y., Yang, J., Wang, R., Su, D., Hashimoto, K., Yang, M., Yang, C. & Liu, C. (2021) Less Social Support for Patients With COVID-19: Comparison With the Experience of Nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 12:554435. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.55443>
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50. <https://doi.org/10.1037/a0022030>
- Linley, P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/b:jots.0000014671.27856.7e>
- Lizaraso, F., & Del Carmen, J. C. (2021). COVID-19: Lecciones aprendidas tras un año de pandemia en el Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(1), e1364. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.01>
- Llordachs, F. (19 de octubre de 2017). Diferencia entre hospital, clínica y sanatorio. *Clinic Cloud*. <https://clinic-cloud.com/blog/diferencia-hospital-clinica-sanatorio/>
- Lorraine, H., & Robinson, O. (2022). The Role of Social Support, Meaning and Optimism in Predicting Post-Traumatic Growth Outcomes during the COVID-19 Pandemic. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4205554>
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Malarin, L. (2022). Política de salud y crisis sanitaria frente a la covid-19 del cono norte - Lima. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 244-266. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1497
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-1232012000300006>

- Masiero, M., Mazzocco, K., Harnois, C., Cropley, M., & Pravettoni, G. (2020). From individual to social trauma: Sources of everyday trauma in Italy, the US and UK during the COVID-19 pandemic. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 513-519. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1787296>
- Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., Linhares, M., Rijo, D., Asano, K., Vilas, S. P., Márquez, M. G., Gregório, S., Brito-Pons, G., Lucena-Santos, P., Oliveira, M. D. S., Souza, E. L., Llobenes, L., Gumiy, N., Costa, M. I., Habib, N., ... Gilbert, P. (2021). The role of social connection on the experience of COVID-19 related post-traumatic growth and stress. *PloS one*, 16(12), 261384. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261384>
- McLean, L., Gaul, D., & Penco, R. (2022). Perceived Social Support and Stress: a Study of 1st Year Students in Ireland. *International Journal Of Mental Health And Addiction*, 21(4), 2101-2121. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00710-z>
- Medina, J., & Salazar, B. (2022). Crecimiento Postraumático En Pacientes Críticos Infeccionados Por Covid-19 De La Ciudad De Cajamarca. *Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo*.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2021a). Tiempos de pandemia 2020-2021. <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2021/08/MINSA-Tiempos-de-pandemia-2020-2021.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2021b). Minsa: Casos confirmados por Covid-19 ascienden a 2 287 494 (Comunicado N°796) <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/573267>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2023a). Coronavirus en el Perú: casos confirmados. <https://www.gob.pe/8662-ministerio-de-salud-coronavirus-en-el-peru>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2023b). Sala COVID-19. <https://www.dge.gob.pe/covid19.html>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2023c). Sala situacional COVID-19 Perú. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzYwMmU5NTQtYTdiZi00MzJlTkzMzctN2I5ODgxZTg1ZDRlIiwidCI6IjM0MGJmMDE2LWM2YTUyNDI2Ni05NGVjLWE3NDY0YmY5ZWZWM3MCIImMiOjR9>
- Mo, Y., Tao, P., Liu, G., Chen, L., Li, G., Lu, S., ... & Huang, H. (2022). Post-traumatic growth of nurses who faced the COVID-19 epidemic and its correlation with professional self-identity and social support. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 562938. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.562938>

- Molani, S., Hernandez, P.V., Roper, R.T. (2022). Risk factors for severe COVID-19 differ by age for hospitalized adults. *Scientific Reports*, 12, 6568. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10344-3>
- Morin, A., & Racy, F. (2021). *Dynamic self-processes*. En *The Handbook of Personality Dynamics and Processes* (pp. 365-386). Academic Press.
- Naddaf, S. A., & Lavy, S. (2023). Character Strengths' Change During COVID-19. *Journal of happiness studies*, 24(1), 185–210. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00575-6>
- National Institute of Health [NIH]. (2023). Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/#:~:text=Patients%20with%20COVID%2D19%20are,oxygen%20therapy%20and%20be%20hospitalized.>
- Navia-Núñez, M., & Stefanu-Lidorikiotu, Y. (2021). Cambios esperados en relaciones interpersonales después de emergencia sanitaria. Delphi entre directivos españoles y colombianos. *Económicas CUC*, 42(2), 53-76. <https://doi.org/10.17981/econcuc.42.2.2021.org.3>
- Neubauer, A. B., Schmidt, A., Kramer, A. C., & Schmiedek, F. (2021). A little autonomy support goes a long way: Daily autonomy-supportive parenting, child well-being, parental need fulfillment, and change in child, family, and parent adjustment across the adaptation to the COVID-19 pandemic. *Child Development*, 92(5). <https://doi.org/10.1111/cdev.13515>
- Ning, J., Tang, X., Shi, H., Yao, D., Zhao, Z., & Li, J. (2023). Social support and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 320, 117–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.114>
- Nóblega, M., Vera, Á., Gutiérrez, G., & Otiniano, F. (2018). *Criterios Homologados de Investigación en Psicología (CHIP) Investigaciones Cualitativas*. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Noriega, M. G., Angulo, B. & Hernández, R. (2011). La resiliencia: Un tema de hoy. *Perspectivas Docentes*, 45, 52-55.
- Northfield, E.-L., & Johnston, K. L. (2022). “I get by with a little help from my friends”: Posttraumatic growth in the COVID-19 pandemic. *Traumatology*, 28(1), 195–201. <https://doi.org/10.1037/trm0000321>
- Oakley, B. (2013). Conceptos e Implantaciones del Altruismo Sesgado y el Altruismo Patológico. *Ludus Vitalis*, XXI, 40, 221-247. ISSN: 1133-5165

- O'Donovan, R., & Burke, J. (2022). Factors Associated with Post-Traumatic Growth in Healthcare Professionals: A Systematic Review of the Literature. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(12), 2524. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122524>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Información sobre COVID-19. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-COVID-19>
- Ovejero, A. (1990). Apoyo Social y Salud. En, S. Barriga y J. León (Eds.). *Psicología de la Salud* (pp. 107-134). Sedal.
- Pacitti, F., Capelli, F., Di Bernardo, A., Trebbi, E., Faleri, S., Carnaghi, G., Socci, V., Carai, M. & Talevi, D. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, *55*(3),137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Palacios, D., Espinosa, A., & Lewis, H. (2023). Psychosocial predictors of normative transgression during the covid-19 pandemic in Peruvian citizens. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *41*(2), 1-18. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.11657>
- Partington, L. C., Mashash, M., & Hastings, P. D. (2022). Family Thriving During COVID-19 and the Benefits for Children's Well-Being. *Frontiers in psychology*, *13*, 879195. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879195>
- Pistrang, N., & Barker, C. (2012). Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods. En *American Psychological Association eBooks* (pp. 5-18). <https://doi.org/10.10>
- Portocarrero, G. (s.f.). El (des)orden social peruano. *Palestra: Portal de Asuntos Públicos de la PUCP*.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, *27*(1), 40-49. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827106.pdf>
- 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*, *14*(5), 364–388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Prével, R., Coelho, J., Orioux, A., Philip, P., Gruson, D., & Bioulac, S. (2021). Psychological evaluation and support in COVID-19 critically ill patients: a feasibility study. *Critical Care*, *25*(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03642-1>

- Prieto, M., & Jódar, R. (2020). Finding meaning in hell. The role of meaning, religiosity and spirituality in posttraumatic growth during the coronavirus crisis in Spain. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567836>
- Prior, K., Carvalheiro, M., Lawler, S., Stapinski, L. A., Newton, N. C., Mooney-Somers, J., ... Barrett, E. (2021). Early trauma and associations with altruistic attitudes and behaviours among young adults. *Child Abuse & Neglect, 117*, 105091. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105091>
- Reyes, F., Basto, A., Torres, R., Canto, F., González, R., Dyer, D. D., López, R., Zaragoza, C. A., Rivera, J. A., & Barrientos, T. (2022). Fraction of COVID-19 hospitalizations and deaths attributable to chronic diseases. *Preventive medicine, 155*, 106917. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106917>
- Rivera Feijoo, J. F. (2023). Impacto de la COVID-19 en la salud mental en el Perú. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (21), 1–18. <https://doi.org/10.14422/rib.i21.y2023.004>
- Rosa, Y., Negrón, N., Maldonado, Y., Quiñones, A., & Toledo, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en psicología latinoamericana, 33*(1), 33-43.
- Ruiz, C., Palomino, J. C., Ortega-Moreno, M., Villavicencio-Guardia, M. D. C., Dias, A., Bernardes, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health in Peru: psychological distress. *Healthcare, 9*(6), 691. MDPI.
- Russell, C.D., Lone, N.I. & Baillie, J.K. (2023). Comorbidities, multimorbidity and COVID-19. *Nature Medicine, 29*, 334–343. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02156-9>
- Sadeghian, E., Bashirian, S, Soltanian, A, Taheri, M, Madineshat, M. (2022). Relationship between mental health, perception of illness, and perceived social support in hospitalized patients with COVID-19. *Health Education and Health Promotion, 10* (2), 333-340. <https://doi.org/10.1027/2588-5715>
- Saud, M., Ashfaq, A., Abbas, A., Ariadi, S., & Mahmood, Q. K. (2021). Social support through religion and psychological well-being: COVID-19 and coping strategies in Indonesia. *Journal of Religion and Health, 60*(5), 3309–3325. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01327-1>
- Schwartz, E., & Shrira, A. (2018). Social connectedness moderates the relationship between warfare exposure, PTSD symptoms, and health among older adults. *Psychiatry, 82*(2), 158-172. <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1534521>

- Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z. P., Bratu, L. M., & Bratu, T. (2021). The Moderating Role of Personal Resources Between Demands and Ill-Being of Romanian Healthcare Professionals in the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in public health*, 9, 736099. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.736099>
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. En Elsevier eBooks. <https://doi.org/10.1016/c2013-0-06263-9>
- Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. J. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 433-439. <https://doi:10.1002/jts.21730>
- 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>
- Shaw, J., McLean, K., Taylor, B., & Swartout, K. (2016). Beyond resilience: Why we need to look at systems too. *Psychology of Violence*, 6(1), 34-41. <https://doi.org/10.1037/vio0000020>
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., ... & Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych open*, 6(6), e125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
- Shumaker, S., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11-36. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Skoda, E., Bäuerle, A., Schweda, A., Dörrie, N., Musche, V., Hetkamp, M., Kohler, H., Teufel, M., & Weismüller, B. (2020). Severely increased generalized anxiety but not COVID-19-related fear in people with mental illness: A population-based cross-sectional study in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 002076402096077. <https://doi.org/10.1177/0020764020960773>
- Silva, H. (2021). Estrés percibido y crecimiento postraumático en pacientes post COVID-19 de Lima Metropolitana. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Escuela Profesional de Psicología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

- Şirin, M., & Çiftçi, B. (2023). Relationship between perceived social support and post-traumatic growth in coronavirus disease 2019 patients discharged from the hospital. *World journal of psychiatry*, *13*(4), 171–181. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i4.171>
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *43*(2), 202-210. <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), 25338-14. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Stecher, A. (2010). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo: discusiones desde América Latina. *Universitas Psychologica*, *9*(1), 93-107. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-1.acdh>
- Stefanovic, M., Ehring, T., Wittekind, C. E., Kleim, B., Rohde, J., Krüger-Gottschalk, A., & Takano, K. (2022). Comparing PTSD symptom networks in type I vs. type II trauma survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(2), 2114260. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114260>
- Stewart, L. (s.f.). Investigación Exploratoria: Definición, Cómo Llevarla a cabo y Ejemplos. Atlas.ti. <https://atlasti.com/es/research-hub/investigacion-exploratoria>
- Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X., & Shi, S. (2021a). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of affective disorders*, *278*, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>
- Sun, W., Chen, W. T., Zhang, Q., Ma, S., Huang, F., Zhang, L., & Lu, H. (2021b). Post-traumatic growth experiences among COVID-19 confirmed cases in China: A qualitative study. *Clinical nursing research*, *30*(7), 1079-1087. <https://doi.org/10.1177/10547738211016951>
- Szkody, E., Stearns, M., Stanhope, L., & McKinney, C. (2021). Stress-Buffering Role of Social Support during COVID-19. *Family process*, *60*(3), 1002–1015. <https://doi.org/10.1111/famp.12618>
- Tafur, S. (3 de mayo de 2022). Accesibilidad a servicios de salud en el Perú: brechas y oportunidades en el contexto de crisis político-social y pandemia. *IDEHPUCP*. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/accesibilidad-a-servicios-de-salud-en-el-peru-brechas-y-oportunidades-en-el-contexto-de-crisis-politico-social-y-pandemia/>

- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137–144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Taylor, S. E. (2011). *Social Support: A Review*. *Oxford Handbooks Online*. <https://doi:10.1093/oxfordhb/97801953428>
- Taylor, H., Taylor, R., Nguyen, A., & Chatters, L. (2018). Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging Health*, 30:229– 46. <https://doi: 10.1177/089826431667351>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483326931>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–472. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400–410. <https://doi.org/10.1037/a0024204>
- Tsamakis, K., Tsiptsios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C. & Rizos, E. (2021). COVID-19 and its consequences on mental health. *Experimental and therapeutic medicine*, 21(3), 1-7. <https://doi-org.10.3892/etm.2021.9675>
- Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-87. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Uchino, B., Bowen, K., & Kent, R. (2016). Social support and mental health. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 189- 195. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00117-8>
- Valdez, W., Miranda, J., Napanga, E. & Driver, C. (2022). Impacto de la COVID-19 en la mortalidad en Perú mediante la triangulación de múltiples fuentes de datos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(53), 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.53>

- Vanhove, A., Herian, M., Perez, A.L., Harms, P., & Lester, P. (2016). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, *89*(2), 278–307. <https://doi.org/10.1111/joop.12123>
- Vargas, A., Cubas Benavides, F., León-Jiménez, F., & Cubas, S.. (2021). La nueva pandemia y la verdadera crisis del sistema de salud en el Perú. *Revista Médica Herediana*, *32*(2), 132-133. <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v32i2.3988>
- Vásquez, E., Huyhua, S., Zeladita, J., Díaz, R., & Tejada, S. (2022). Estado emocional de los pacientes pos-COVID-19 en la Región Amazonas del Perú. *Revista Cubana de Enfermería*, *38*(4). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5445>
- Vera, C. A. R. (2021). Crecimiento postraumático durante la pandemia de COVID-19. *Current Opinion Nursing & Research*, *3*(1), 1-3. <https://doi.org/10.9387/2707-4676>
- Vollhardt, J. R., & Staub, E. (2011). Inclusive altruism born of suffering: the relationship between adversity and prosocial attitudes and behavior toward disadvantaged outgroups. *American Journal of Orthopsychiatry*, *81*(3), 307. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01099.x>
- Wang, Y., Yang, Y., Ren, L., Shao, Y., Tao, W., & Dai, X. J. (2021). Preexisting Mental Disorders Increase the Risk of COVID-19 Infection and Associated Mortality. *Frontiers in public health*, *9*, 684112. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.684112>
- Wanner, B., Vitaro, F., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2009). Cross-lagged links among gambling, substance use, and delinquency from mid adolescence to young adulthood: additive and moderating effects of common risk factors. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *23* (1), 91. <https://doi.org/10.1037/a0013182>
- Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology*, *56*(3), 417–427. <https://doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>
- Wills, T. (1991). Social support and interpersonal relationships. In M.S. Clark (Ed.), *Prosocial behavior* (pp. 265–289). Sage Publications.
- World Health Organization [WHO] (2023). Stress. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Wood, A., Froh, J., & Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: a review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, *30*(7), 890–905. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>

- Xie, C. S., & Kim, Y. (2022). Post-traumatic growth during COVID-19: The role of perceived social support, personality, and coping strategies. *Healthcare, 10*(2), 224. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020224>
- Xiao, X., Yang, X., Zheng, W., Wang, B., Fu, L., Luo, D., Hu, Y., Ju, N., Xu, H., Fang, Y., Chan, P. S. F., Xu, Z., Chen, P., He, J., Zhu, H., Tang, H., Huang, D., Hong, Z., Hao, Y., . . . Zou, H. (2022). Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge. *European Journal Of Psychotraumatology, 13*(1), 2055294. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2055294>
- Yan, S., Yang J, Ye, M, Chen, S, Xie C, Huang, J & Liu, H. (2021). Post-traumatic Growth and Related Influencing Factors in Discharged COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology, 12*:658307. <https://doi10.3389/fpsyg.2021.658307>
- Yang, X., Yang, X., Kumar, P., Cao, B., Ma, X., & Li, T. (2020). Social support and clinical improvement in COVID-19 positive patients in China. *Nursing outlook, 68*(6), 830–837. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.008>
- Yıldırım, M., & Güler, A. (2020). COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death Studies, 46*(4), 979-986. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1793434>
- Yip, Y. C., Yip, K. H., & Tsui, W. K. (2022). Psychological Experiences of Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) during and after Hospitalization: A Descriptive Phenomenological Study. *International journal of environmental research and public health, 19*(14), 8742. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148742>
- Zhang, Y. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. *China CDC weekly, 2*(8), 113. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>
- Zou, H. (2022). Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(1), 2055294. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2055294>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado Escrito

Estimado/a participante,

Se solicita su apoyo en la realización de una investigación conducida por Isabel Faustino Gálvez, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesorada por la docente Erika Janos. La investigación, denominada “Experiencias de crecimiento postraumático y soporte social entre pacientes de COVID-19 hospitalizados en Lima Metropolitana”, buscará comprender las experiencias de crecimiento postraumático vinculado al soporte social de los pacientes sobrevivientes a la enfermedad por coronavirus.

Se le ha contactado a usted en calidad de participante. Si accede a participar en esta entrevista, se le solicitará responder una serie de preguntas sobre el tema antes mencionado, lo que tomará entre 30 y 60 minutos, aproximadamente. La información recogida será confidencial, y se utilizará únicamente para la elaboración de un proyecto de tesis. Se solicita su autorización para grabar en audio la entrevista, a fin de realizar una transcripción y sistematización de la información. La grabación y las notas de las entrevistas serán almacenadas únicamente por la investigadora por el periodo de duración de la investigación. Al finalizar este periodo, los archivos serán descartados.

Se le recuerda que su participación en la investigación es completamente voluntaria, y puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello represente algún perjuicio para usted. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente, a fin de clarificarla oportunamente.

En caso de tener alguna duda sobre la investigación o su participación en esta, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: ifaustinog@pucp.edu.pe.

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en el estudio y autorizo que mi información se utilice en el mismo. Asimismo, estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de manera confidencial, es decir, que en la tesis **no** se hará ninguna referencia expresa de mi nombre y la tesista utilizará un seudónimo. Finalmente, entiendo que recibiré una copia de este protocolo de consentimiento informado.

Apéndice B

Consentimiento Informado Oral

El propósito del consentimiento informado es brindarle, como posible participante de la presente investigación, una explicación sobre la naturaleza del estudio y del rol que usted tendría en ella.

Como le comenté previamente, la presente investigación es conducida por Isabel F., estudiante de Psicología en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

En el marco de la elaboración del proyecto de tesis, asesorada por la docente Erika Janos, me encuentro realizando un estudio cuyo objetivo es comprender las experiencias de crecimiento postraumático vinculado al soporte social de los pacientes sobrevivientes a la enfermedad por coronavirus; y quisiera contar con su participación.

Esta entrevista tomará aproximadamente **60 minutos** de su tiempo. En esta, se le pedirá responder a una serie de preguntas elaboradas por la estudiante que conduce esta investigación.

En caso usted no desee responder alguna de estas preguntas, o prefiere no conversar sobre algún tema en particular, está en todo su **derecho de abstenerse** y comunicármelo.

Por otro lado, solicitamos su **autorización para que lo que se converse durante la entrevista pueda ser grabado**, de modo que pueda transcribir las ideas que usted haya expresado para su posterior análisis.

Toda la información que se recoja será manejada con **absoluta confidencialidad**, protegiendo y modificando en las transcripciones todos aquellos datos personales y contextuales que puedan revelar su identidad.

Sabiendo esto, ¿está usted de acuerdo con que su entrevista sea grabada? (Sí / No).

Cabe resaltar que la información brindada por usted será utilizada exclusivamente para los **fines pedagógicos** del proyecto de investigación de tesis. Asimismo, quiero resaltar que su participación en esta investigación es **totalmente voluntaria**; y si usted, en algún momento del proceso de investigación, decide que ya no quiere ser parte de la misma, puede contactarse al correo ifaustinog@puce.edu.pe y solicitar que ya no se considere su participación en el estudio, sin que esto signifique algún perjuicio para usted.

Luego de haber revisado estos puntos, ¿tiene usted alguna pregunta?

Si todo esto le quedó claro, ¿acepta usted participar en la investigación?

Apéndice C

Protocolo de Contención

La entrevistadora tendrá a su disposición el siguiente protocolo de contención diseñado para ayudar a restablecer la tranquilidad en los participantes, en caso de que surja alguna situación que genere movilización emocional o malestar evidente.

1. Pausar la entrevista.
2. Se le indica que se hará una pausa a la entrevista y a la grabación, *“vamos a parar aquí por un momento la entrevista, y también vamos a detener la grabación”*.
 1. En todo momento, hacer contacto visual (dentro de lo posible) con la persona afectada, de modo que se pueda facilitar una sensación de calidez, compañía, y que la persona participante perciba que se encuentra con alguien en quien puede confiar.
3. Validar la reacción y la expresión afectiva del participante. Se le podría decir algo como lo siguiente, *“me estás comentando una experiencia difícil. Entiendo que pensar al respecto te puede hacer sentir angustia. Considera que estoy aquí para escucharte en caso lo necesites”*.
4. Realizar ejercicios de respiración para facilitar la relajación de la persona participante.
 - a. Inhalar y exhalar *junto con el/la entrevistado/a* durante unos minutos hasta que la persona se sienta más tranquila.
 1. Se le indica a la persona respirar lenta y profundamente por las fosas nasales, dirigir el aire al estómago, retener la respiración por unos segundos (cinco aproximadamente), y luego exhalar lenta y profundamente por la boca.
 2. En este ejercicio respiratorio, se sugiere a la persona centrarse exclusivamente en la inhalación y exhalación del aire, sin realizar cambios en su patrón respiratorio. Resulta beneficioso cerrar los ojos y tratar de visualizar mentalmente un globo situado a la altura de la boca del estómago, entre las costillas y justo debajo del esternón, imaginando que este globo se expande y contrae sincronizado con su respiración. También puede utilizar las manos para simular el contorno del globo, tocándolo mientras se infla y se desinfla.
 3. Si aparecen pensamientos negativos durante el ejercicio de respiración, se le pide a la persona que focalice la atención en su respiración.
 4. Esperar a que el/la participante se calme.

Al final del ejercicio, cuando la persona haya logrado mayor tranquilidad, se le pregunta cómo está, si se siente más tranquilo/a, y si desea continuar con la entrevista o suspenderla.

- a. En caso el/la participante decida terminar con la entrevista, se le pregunta si estaría bien programar una segunda sesión de la entrevista, o si desea dejar de participar en el proceso de investigación.
- b. En cualquiera de ambos escenarios, se le agradece por su tiempo y por compartir sus experiencias con el/la entrevistador/a. Se le pregunta si desea recibir una cartilla con números telefónicos a los que puede acudir en caso desee ayuda profesional con su malestar. De ser así, se le envía por correo dicho documento (“Anexo de derivación”).

1. Anexos de derivación

El presente documento constituye una recopilación de recursos psicosociales, tanto gubernamentales como privados, a los cuales los participantes pueden recurrir en caso de requerir asistencia profesional o legal.

Atención psicológica
Centro de Escucha de La Ruiz,: https://www.facebook.com/CentrodeEscuchadelaRuiz/ - Correo: centrodescucha.ruiz@uarm.pe
Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima: WhatsApp 970-089-355
Lázuli - Atención psicológica virtual: https://www.facebook.com/lazulipe/
Línea gratuita de soporte emocional de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis: Formulario para solicitar atención https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScFio7O7pcJBeWOFaxLK8viK2jIvmUwLLyjkZQyvShr8yiB3w/viewform
Sentido - Centro Peruano de Suicidología y Prevención del Suicidio: 498-2711 http://www.sentido.pe
Orientación médica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 201-6500
EsSalud a nivel nacional para información sobre coronavirus (COVID-19): 107
Atención en violencia
Denuncia contra la violencia familiar y sexual: 100
Ministerio de Salud, en caso de informes, consejería en salud y psicología, atención y orientación ante casos de violencia familiar y contra la mujer: 411 8000, opción 6
Orientación legal y policial
Central policial: 105
Defensoría del Pueblo Línea gratuita: 0800-15170 / 311-0300
Asesoría Legal Gratuita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Fono ALEGRA 1884 (Horario de atención: 08:00 - 18:00 hrs. de lunes a viernes)

Apéndice D**Ficha de datos sociodemográficos**

Código del participante:	
Edad:	Sexo:
Lugar de residencia:	
Hospital donde estuvo internado:	
Edad durante el 2020/2021:	Ocupación:
Año en el que se contagió/estuvo internado por COVID-19:	Composición familiar en el 2020/2021:
Antecedentes de salud (enfermedades previas):	



Apéndice E

Instrumento: Guía de entrevista

Las siguientes preguntas buscarán indagar sobre sus vivencias durante la pandemia de COVID-19, en los años 2020 y 2021. Se le pide responderlas de manera sincera y objetiva, recordando que no existen respuestas correctas o incorrectas.

1. ¿Podría describir cómo era su vida en la época en la que se contagió de COVID-19? (A qué se dedicaba, qué hacía, cómo se contagió)
2. Desde que se contagió, hasta que necesitó internamiento hospitalario, ¿Qué sucedió y qué emociones sintió? (Qué pensó, qué imaginó que pasaría)
3. La enfermedad de COVID-19 trajo complicaciones a nivel físico, pero quisiera conocer qué otros desafíos personales vivió durante el proceso de enfermedad ¿Cómo enfrentó estos obstáculos, de haberlos tenido?
4. ¿Cree que sus creencias religiosas o espirituales (si las tuviera) le sirvieron de apoyo para superar la enfermedad? ¿De qué manera?
5. ¿Cómo describiría sus relaciones con otras personas (familia, amigos, colegas) antes y después del diagnóstico e internamiento por COVID-19? ¿Qué cambios percibió?
6. ¿Cuál fue el rol de las personas de su círculo social (familia, amigos, colegas) a lo largo del proceso de enfermedad?
7. ¿Cómo percibió el apoyo que le brindaron las personas de su círculo social? ¿Qué emociones sintió?
8. Tras la enfermedad ¿Qué cambios ha percibido en su disposición para ayudar a otras personas que lo necesiten?
9. ¿Cómo es su forma de ver la vida, luego de su experiencia con la enfermedad?
10. ¿Considera que hubo cambios en las expectativas de su propia vida y sus planes para el futuro, tras haber superado la enfermedad? ¿Cómo los describiría?
11. En general, cuando evalúa su proceso de enfermedad por COVID-19, ¿cuáles son los aprendizajes que este proceso implicó para usted? (En relación a sí mismo y a los otros)