

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DEL PERÚ**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**AFRONTAMIENTO, SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS Y
CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN ADULTA
DURANTE EL PERÍODO COVID-19**

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

ROSALYN MARJORIE ORTIZ MOSQUERA

ASESORA:

Dra. MÓNICA DE LOS MILAGROS CASSARETTO BARDALES


Lima, 2023

INFORME DE SIMILITUD

Yo, Mónica de los Milagros Cassaretto Bardales, docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis titulada “Afrontamiento, Estrés Postraumático y Crecimiento Postraumático durante la COVID-19” de la autora Rosalyn Marjorie Ortiz Mosquera, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 19%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 21/11/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno sino similitudes pues el tema que la tesista ha tomado para investigación ha sido investigado en otras poblaciones en tesis de estudiantes de psicología previas.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 21 de noviembre del 2023

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Cassaretto Bardales, Mónica de los Milagros</u> | |
| DNI: 09491245 | Firma  |
| ORCID: 0000-0002-4880-6092 | |

Resumen

El contexto de pandemia por la COVID-19 ha sido un evento altamente estresante que ha impactado negativamente a buena parte de la población peruana; por ello es importante incrementar el conocimiento de este evento potencialmente traumático. La presente investigación tuvo como objetivo examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento, la sintomatología de estrés postraumático (TEPT) y el crecimiento postraumático (CPT) en 116 adultos residentes en el Perú durante la COVID-19, con edades entre los 18 y 60 años de edad ($M= 31.71$; $DE= 12.15$). Se utilizó el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE (Carver et al., 1989), la Escala del Impacto del Estresor - Revisada (Weiss & Marmar, 1997), y la Escala de Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1996). Acorde al objetivo general, se encontró una asociación directa entre las estrategias caracterizadas por la evitación y el TEPT, mientras que las respuestas dirigidas a enfrentar el estresor se vincularon al CPT. Se realizaron análisis de regresión para el TEPT encontrando el rol predictivo de las estrategias de enfocar y liberar emociones, negación y desentendimiento mental ($R^2 = .34$, $p < .001$). Por último, se evidenciaron diferencias según ciertas variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) y otras relacionadas a la COVID-19. Se discuten los hallazgos, así como las limitaciones del estudio y futuras líneas a seguir.

Palabras clave: COVID-19, estrategias de afrontamiento, estrés postraumático, crecimiento postraumático, trauma.

Abstract

The COVID-19 pandemic had been a highly stressful event that has negatively impacted peruvian population. For this reason, it's important to increase the knowledge of this traumatic event. This research aimed to analyze the association between coping strategies, posttraumatic stress disorder symptoms (PTSD), and posttraumatic growth (PTG) in 116 adults from 18 to 60 years ($M= 31.71$; $DE=12.15$) that reside in Peru during the COVID-19 pandemic. The COPE Inventory (Carver et al., 1989), Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997) and the Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996) were used for the measurement. According to the general objective, results show a direct association between avoidant strategies and PTSD, whereas responses oriented to confront the event were linked to PTG. Furthermore, regression analyses were performed finding the predictive role of coping strategies of focus and release emotions, denial and mental disengagement in PTSD ($R^2 = .34$, $p < .001$). Finally, differences were found according to certain sociodemographic variables (sex, age, marital status) and others related to COVID-19. The possible explanations of these findings are discussed, as well as the limitations of the study and future lines to be followed.

Keywords: COVID-19, coping strategies, posttraumatic stress symptomatology, posttraumatic growth, trauma.

Índice de Contenido

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción | 1 |
| Método | 9 |
| Participantes | 9 |
| Medición | 9 |
| Procedimiento | 14 |
| Análisis de datos | 14 |
| Resultados | 16 |
| Discusión | 20 |
| Referencias | 29 |
| Apéndices | 42 |
| Apéndice A: Características sociodemográficas | 42 |
| Apéndice B: Características COVID-19 | 43 |
| Apéndice C: Consentimiento Informado | 44 |
| Apéndice D: Ficha de Datos Sociodemográficos | 45 |
| Apéndice E: Confiabilidad de la escala COPE-60 | 47 |
| Apéndice F: Confiabilidad de la escala de estrés postraumático | 49 |
| Apéndice G: Confiabilidad de la escala de crecimiento postraumático (PTGI) | 50 |
| Apéndice H: Prueba de normalidad | 51 |
| Apéndice I: Correlaciones totales | 52 |

Introducción

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, la cual fue declarada el 11 de marzo del 2020 como pandemia global debido a su rápida expansión alrededor del mundo, con más de 676 609 955 casos confirmados y 6 881 955 personas fallecidas alrededor del mundo (Johns Hopkins University & Medicine, 2023; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Por ello, la pandemia por la COVID-19 constituyó una amenaza tanto a la salud física como al bienestar de la población a causa de los síntomas agudos de la enfermedad (Bridgland et al., 2021; Kira et al., 2021). El temor al contagio y a la muerte, las pérdidas económicas, la alteración del estilo de vida, la incertidumbre frente al futuro, y la imposición de medidas restrictivas como la cuarentena y el aislamiento social obligatorio, son factores que han podido impactar en la salud mental de la población (Brooks, 2020; Yunitri et al., 2022; Sun et al., 2021).

Al respecto, en un metaanálisis basado en 71 estudios, Liu y colaboradores (2020), encontraron una prevalencia de sintomatología ansiosa (32.6%) y depresiva (27.6%), así como insomnio (30.3%), e indicadores de estrés postraumático (TEPT) (16.7%) en población adulta atribuible al impacto psicológico de la pandemia. Se sostiene que, en comparación con epidemias anteriores como el SARS (síndrome respiratorio agudo grave) y el MERS (síndrome respiratorio de Oriente Medio), la COVID-19 tendría efectos psicológicos mucho más agudos y perdurables en el tiempo (Rogers et al., 2020; Salehi et al., 2021).

Por su parte, Jafri et al. (2022) realizaron un estudio sobre las consecuencias de la COVID-19 en la salud mental de 70 adultos entre 18 y 60 años que lograron recuperarse satisfactoriamente de la enfermedad (32.9% asintomáticos, 67.1% sintomáticos). Dentro de sus principales hallazgos, obtuvieron que el 25.7% de los participantes presentaron indicadores de depresión de moderado a grave, y un 67.1% experimentó síntomas de estrés postraumático (TEPT). Además, se encontró que el grupo sintomático presentó mayores indicadores clínicos (depresión, estrés postraumático y ansiedad), en contraste con el grupo de asintomáticos (no presentaron síntomas de la COVID-19).

En base a dichos resultados, los investigadores postulan que las personas afectadas directamente por la COVID-19 podrían estar en riesgo de presentar indicadores de TEPT a corto y largo plazo, inclusive, después de haber sido dadas de alta. Ello se asocia a resultados de estudios que han trabajado con poblaciones similares, los cuales señalan la alta probabilidad

de experimentar estrés postraumático tras recuperarse de la COVID-19 (Craparo et al., 2022; Hong et al., 2021).

En medio de las consecuencias que ha generado la pandemia a nivel mundial, es relevante señalar que la población peruana también se ha visto afectada de manera significativa. Durante el período 2021-2023, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (CDC, 2023) reportó un total de 4 507 896 personas contagiadas, y junto con ello, 220 695 defunciones debido a la COVID-19. Si bien la OMS (2023) ha declarado el fin de la emergencia sanitaria por la COVID-19, es imprescindible identificar y atender las consecuencias que ha generado la pandemia en la salud física y mental de la población peruana.

De manera particular, estudios han evidenciado que la salud mental de la población adulta temprana y media se ve comprometida, en vista que se presenta un aumento considerable de los niveles de agotamiento, depresión, ansiedad, y estrés en dicha población como respuesta a la continuidad prolongada de la pandemia, y sus consecuencias sociales y económicas (Glowacz & Schmits; 2020; Twenge & Joiner, 2020). Ello es aún más relevante, considerando que, en el Perú, los adultos entre los 18 y 59 años de edad son la población con más cantidad de casos positivos de COVID-19 (56%), y quienes tendrían mayor riesgo de enfermarse (46%) a diferencia de los adultos mayores (36%) (CDC, 2023).

Debido al efecto potencialmente estresante que supone el actual contexto de pandemia, se vuelve crucial analizar el manejo que realizan las personas de su entorno y de las emociones que la pandemia generaría (Kira et al., 2021; Shamblaw et al., 2021; Yildirim et al., 2022). En ese sentido, el afrontamiento sería un mecanismo que podría determinar la capacidad del individuo para superar la adversidad, en tanto comprende los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para lidiar con las demandas tanto internas como externas que produce un evento adverso (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1984) propusieron dos funciones principales del afrontamiento tomando en cuenta los esfuerzos que realiza la persona para lidiar con el evento. El primero, centrado en el problema, que implica tomar acción para resolver la situación que genera angustia; y en segundo lugar, el centrado en la emoción, que comprende los esfuerzos dirigidos a disminuir el malestar emocional del evento. Cabe añadir que el afrontamiento se ha agrupado de diferentes maneras a lo largo del tiempo, de forma que no hay un modelo que represente completamente su estructura, lo cual es apoyado por resultados de análisis confirmatorios que sugieren la existencia de diversos modelos para abordar dicho constructo (Skinner et al., 2003).

Frente a ello, Carver et al. (1989) brindan una categorización mucho más amplia de los diferentes modos de respuesta que utilizan las personas frente a eventos estresantes llamados estrategias de afrontamiento, entre las cuales podría encontrarse el afrontamiento activo, aceptación, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, desentendimiento conductual y mental, entre otros.

Dado que el afrontamiento se puede expresar en diferentes estrategias, se consideran adaptativas aquellas que generan un impacto positivo en la conducta y pensamiento del individuo, mientras que las estrategias desadaptativas tendrían un correlato negativo tanto en el manejo del evento como en el ámbito cognitivo y conductual (Carver & Connor-Smith, 2010). Así, un afrontamiento adaptativo permitiría amortiguar las consecuencias negativas que produce un evento adverso en la persona (Littleton et al., 2007).

Si bien resulta complejo categorizar las estrategias de afrontamiento en términos de su grado de efectividad, se sugiere que determinadas estrategias permitirían a las personas tener un mejor manejo de los eventos estresantes (Folkman & Moskowitz, 2004). Así, la eficacia en el uso de las estrategias de afrontamiento se relacionaría a: la diversidad y flexibilidad de las estrategias, las características del individuo (involucra la personalidad, optimismo, creencias religiosas y espirituales), el ambiente que le rodea (contar con una red de soporte, y un apoyo social percibido), y el propio evento estresor (supone la intensidad, duración y resultados afectivos y somáticos de la enfermedad) (Barra, 2003).

Debido al alto impacto emocional que produciría la COVID-19 (Brooks et al., 2020; Kar et al., 2021), investigaciones recientes revelan que la población adulta podría presentar sintomatología de estrés postraumático debido al encuentro con una experiencia abrumadora que es incongruente con su repertorio de percepciones, interpretaciones y estrategias de afrontamiento (Craparo et al., 2022; Messman et al., 2022; Yunitri et al., 2022). El estrés postraumático (TEPT) se definiría como una afectación de salud mental que acontece tras experimentarse y/o presenciarse situaciones traumáticas, y que se manifiesta mediante pensamientos intrusivos, la evitación de pensamientos y recuerdos asociados al evento, una hipervigilancia y reactividad frente al peligro, entre otros síntomas (Berger, 2015; Joseph & Linley, 2008).

Respecto a los estudios que han abordado la incidencia de sintomatología de estrés postraumático (TEPT) en el contexto de pandemia, se encuentra el metaanálisis realizado por Salehi et al. (2021). Se analizaron los tres últimos brotes epidemiológicos de coronavirus producidos en los últimos años (SARS, MERS y COVID-19), de modo que se halló una prevalencia del 18% para los síntomas asociados al TEPT. Los investigadores encontraron que

tres de cada diez sobrevivientes de la infección por coronavirus, dos de cada diez trabajadores sanitarios y uno de cada diez individuos de la población en general experimentaron síntomas de TEPT en los brotes.

Bridgland et al. (2021) desarrollaron una investigación con 1040 participantes provenientes de cinco países occidentales (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia y Nueva Zelanda), donde se obtuvo información respecto a la prevalencia del TEPT según el grado de impacto de la enfermedad. Al analizarse los dos grupos de participantes (contacto directo vs indirecto), se encontró que aquellos expuestos directamente al virus (inclúyase ser uno mismo portador de COVID-19, tener contacto directo con familiares/amigos contagiados y/o fallecidos como consecuencia de la enfermedad) presentaron mayores síntomas de TEPT (16.5%). A diferencia del 11.6% que es representado por aquellos expuestos indirectamente al virus (comprende la cuarentena y aislamiento social, mayor consumo de información/noticias sobre la COVID-19, entre otros).

Por otro lado, estudios han encontrado que las estrategias de afrontamiento utilizadas en contextos altamente estresantes tendrían una relación con la probabilidad de experimentar sintomatología de estrés postraumático (TEPT). Estrategias como el desentendimiento conductual y mental, la evitación, el recurrir a sustancias psicoactivas, y la negación correlacionarían positivamente con el TEPT; y de manera negativa, con un menor bienestar psicológico y calidad de vida (Joseph & Linley, 2008; Kalaitzaki et al., 2022; Schuettler & Boals, 2011; Thompson et al., 2018).

En el estudio longitudinal de Badour et al. (2012), se examinó la relación entre el afrontamiento evitativo y el TEPT en veteranos de guerra que recibieron tratamiento debido a la prevalencia de TEPT. Los resultados muestran que, el uso de estrategias de afrontamiento evitativas (como la negación, desentendimiento conductual, y abuso de sustancias) durante el tratamiento fueron predictores de cuadros más severos de TEPT tras el alta. De manera inversa, la gravedad de los síntomas del TEPT tuvo una relación significativa con el uso de estrategias evitativas de los pacientes durante el seguimiento posterior a la intervención. Se encuentra así que, una tendencia hacia la evitación en el afrontamiento de los eventos adversos guardaría una relación positiva con el riesgo de desarrollar síntomas más agudos de TEPT (Berger, 2015; Joseph & Linley, 2008).

En cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología de TEPT en el contexto de pandemia, Gurvich et al. (2021) realizaron un estudio con 1495 adultos residentes en Australia donde se obtuvo que los participantes que desarrollaron TEPT fueron más propensos a utilizar estrategias como el desentendimiento mental y conductual, la

autoculpabilización, así como el liberar sus emociones. Por el contrario, la reinterpretación positiva, aceptación, y el uso del humor se asociaron con menores niveles de estrés traumático.

De igual forma, Dehelean y colaboradores (2021) ejecutaron un estudio con 90 pacientes de Rumania diagnosticados con la COVID-19, de modo que el 40% de los pacientes con cuadros severos y el 15.6% que presentó una menor sintomatología de la enfermedad, tuvieron puntuaciones elevadas de TEPT. En ese sentido, los participantes que desarrollaron TEPT tras la infección por la COVID-19 fueron propensos a usar estrategias evitativas tales como el desentendimiento mental y conductual, negación, uso de sustancias, y liberación de emociones.

En el estudio de Kalaitzaki et al. (2022) se tuvo por objetivo comparar los niveles de estrés postraumático (TEPT) y las estrategias de afrontamiento utilizadas por 1361 adultos durante la primera y segunda ola de la COVID-19 en Grecia. Los hallazgos revelaron mayores niveles de estrés percibido y TEPT durante la segunda ola (35.5%) a comparación de la primera (26.1%). Asimismo, predominó el uso de estrategias como el desentendimiento mental, humor, y la búsqueda de soporte social por razones instrumentales. Se encontró que el temor al contagio, encontrarse soltero/a, no tener hijos/as, y ser del sexo femenino fueron predictores de una mayor sintomatología de TEPT. El último hallazgo coincide con estudios epidemiológicos que confirman una alta incidencia de casos de estrés agudo, ansiedad, depresión, y TEPT en las mujeres (Beck et al., 2021; Breslau, 2012; Christiansen & Hansen, 2015).

En la aproximación sobre la sintomatología de estrés postraumático y su relación con las estrategias de afrontamiento, los estudios empíricos tendrían un enfoque centrado principalmente en los efectos negativos de las experiencias adversas (Berger, 2015; Joseph & Linley, 2008). En respuesta a ello, se requeriría el abordaje de las consecuencias positivas que podrían acontecer a las personas en medio de circunstancias adversas, por cuanto sería posible experimentar un cambio de vida y crecimiento personal (Tedeschi & Calhoun, 2004).

El crecimiento postraumático (CPT) se sitúa como un constructo que permitiría abordar los cambios positivos que experimenta una persona en sus creencias sobre sí mismo, sus relaciones con los demás y su visión del mundo tras haber experimentado un suceso adverso (Tedeschi et al., 2018). De modo particular, las estrategias de afrontamiento desempeñarían un rol fundamental en el desarrollo del CPT, en tanto se considera que el uso de estrategias adaptativas en la etapa inicial del afrontamiento sería precursor de un posterior CPT (Henson et al., 2021; Joseph & Linley, 2008). Dado que el CPT es un proceso donde la persona buscaría

disminuir su angustia y estrés, se sostiene que podría coexistir con el TEPT (Dekel et al., 2012; Liu et al., 2017; Tedeschi et al., 2018).

Estudios realizados con poblaciones que han atravesado circunstancias adversas como enfermedades crónicas, desastres naturales, accidentes y duelo, reportan que las estrategias de afrontamiento, tales como afrontamiento activo, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento, y religión, presentan una relación directa con el CPT; en contraste, la negación, desentendimiento conductual y mental, y represión de los afectos se asocian al malestar psicológico (Gul & Karanci, 2017; Pooley et al., 2013; Kunz et al., 2018). Respecto a las diferencias del CPT según la variable sexo, investigaciones reportan que las mujeres evidencian mayores niveles de CPT, a comparación de los hombres, en contextos potencialmente traumáticos (enfermedades crónicas, duelo, desastres naturales, entre otros) (Akbar & Witruk, 2016; Jin et al., 2014; Vishnevsky et al., 2010).

Respecto a la relación entre los constructos revisados anteriormente, diversos estudios refieren que el crecimiento postraumático (CPT) se asocia con la sintomatología de estrés postraumático (TEPT), y el uso de estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social (por razones emocionales e instrumentales), religión, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, y aceptación (Brooks et al., 2019; Malhotra & Chebiban, 2016; Wild & Paivio, 2004; Yeung et al., 2016). No obstante, estrategias de afrontamiento como el desentendimiento mental y conductual, y la negación correlacionarían positivamente con el TEPT, e inversamente con el CPT, por cuanto disminuiría la posibilidad de que el individuo pueda poner en marcha los mecanismos cognitivos y afectivos para lidiar con el evento estresante (Hooper et al., 2018; Shang et al., 2018; Studley & Chung, 2014).

Es relevante señalar la existencia de resultados inconsistentes sobre el rol que cumplen determinadas estrategias en el proceso de afrontamiento del individuo y su relación con el CPT y TEPT. Contrario a lo que se esperaría, determinadas investigaciones sugieren que estrategias como la negación, evitación y el desentendimiento mental y conductual podrían asociarse positivamente con el CPT al controlarse la influencia de variables psicológicas como la sintomatología de TEPT (Joseph & Linley, 2005; Kunz et al., 2018).

La literatura sobre el uso de las estrategias evitativas (como negación, desentendimiento mental y desentendimiento conductual) continúa siendo contradictoria, por lo que se requiere de estudios que permitan dilucidar las estrategias de afrontamiento más efectivas que posibiliten arrimar manejo adecuado de la experiencia adversa (Schuettler & Boals, 2011; Wild & Paivio, 2004). Ello es crucial, considerando que el distanciamiento de los pensamientos y afectos podría asociarse con consecuencias negativas para el bienestar y alterar el proceso de

recuperación de las personas que han atravesado eventos adversos (Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Littleton et al., 2007).

En razón de todo lo expuesto, se considera importante la realización de una investigación que otorgue relevancia al rol que desempeñan las estrategias de afrontamiento en el proceso de adaptación de las personas adultas durante el período de la COVID-19. De forma que se analicen las estrategias más eficaces para la reducción de una sintomatología como el TEPT, que podría colocar a la población en una situación de mayor vulnerabilidad. Y dado que todo evento adverso se acompaña no solo de malestar psicológico, se requiere abordar la transformación y crecimiento a nivel individual que podrían atravesar las personas afectadas.

Ello se considera indispensable para brindar un tratamiento psicológico oportuno a la población afectada en el ámbito de consejería, orientación y terapia psicológica, así como promover el desarrollo de programas de intervención que adopten una perspectiva integral de los eventos adversos. En ese sentido, un componente esencial radica en la promoción de las estrategias adaptativas, y flexibilidad de las respuestas del individuo en su proceso de afrontamiento (Berger, 2015; Cheng et al 2014., Folkman & Moskowitz, 2004). Se espera que la persona pueda elegir y aprender nuevas formas de responder a los eventos estresores, de tal forma que vaya aceptando gradualmente lo sucedido y experimente cambios significativos en su relación consigo mismo y otros significativos.

Con todo ello, el objetivo general del presente estudio es examinar la relación entre las estrategias de afrontamiento, la sintomatología de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y crecimiento postraumático (CPT) en población adulta durante el período COVID-19. En caso de encontrarse relaciones significativas, se realizarán modelos de regresión con la finalidad de analizar la capacidad predictiva que tienen las estrategias de afrontamiento sobre el TEPT y CPT. De manera específica, se buscará conocer si existen diferencias según características de los participantes como el sexo, edad, presencia o ausencia de familiares y/o personas cercanas diagnosticadas con la COVID-19, y grado de síntomas experimentados.

La primera hipótesis de estudio es que se esperan encontrar relaciones significativas entre las tres variables de estudio. En segundo lugar, se postula que las estrategias de afrontamiento evitativas (como la negación, evitación, desentendimiento mental y conductual) correlacionarán positivamente con la sintomatología de TEPT. En tercer lugar, se hipotetiza que las estrategias conocidas como más adaptativas (tales como la búsqueda de soporte social por motivos instrumentales y emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, afrontamiento activo, planificación y religión) tendrán una asociación positiva con el CPT. En cuarto lugar, se espera que las mujeres tengan puntuaciones más altas en la sintomatología de

TEPT y CPT, a diferencia de los hombres. Con la finalidad de cumplir con tales objetivos, se realizó una investigación de corte cuantitativo en el cual se recogerá la data en un mismo intervalo de tiempo, específicamente, en los primeros meses del año 2022.



Método

Participantes

El presente estudio se realizó entre enero y marzo del año 2022 y estuvo conformado por 116 adultos residentes en el Perú, de los cuales, 79 fueron mujeres (68.1%) y 35 hombres (30.2%). Las edades de los participantes se encontraban entre los 18 y 60 años de edad ($M=31.71$; $DE=12.15$). De ellos, el 63.8% no se encontraba en una relación de pareja (78.4% solteros), el 91.4% residía en Lima Metropolitana, y un 55.2% señala que tiene empleo formal en la actualidad. Sobre su grado de instrucción, un 8.6% solo culminó sus estudios hasta el nivel secundario, el 12.9% contaba estudios técnicos, y un 78.4% poseía estudios superiores (Ver detalle de la muestra en Apéndice A).

En cuanto a las características asociadas a la COVID-19, el 61.2% de los participantes presentó un diagnóstico positivo de la enfermedad, y el 97.4% reportó haber recibido vacunación contra el virus. El 61.2% mantuvo convivencia con una o más personas contagiadas de la COVID-19, y un 86.2% ha tenido familiares y/o amistades que contrajeron la enfermedad. Adicionalmente, el 51.7% manifiesta haber tenido entre 1 a 5 personas cercanas afectadas por la COVID-19, en contraste con un 10.3% que reporta haber tenido a ninguno (Ver detalle de la muestra en Apéndice B).

Respecto a los criterios de inclusión, se tuvo en consideración a adultos que tuvieran residencia en el Perú durante el período de brote por la COVID-19. En cuanto a los aspectos éticos, la participación fue voluntaria, de modo que se brindó un consentimiento informado donde se explicitó la naturaleza de la investigación y la confidencialidad de los datos obtenidos (Ver Apéndice C). Tras ello, se les solicitó completar un cuestionario virtual donde se les presentó una ficha sociodemográfica (Ver Apéndice D), y seguido a ello, los instrumentos.

Medición

En primer lugar, el afrontamiento se evaluó mediante el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE, diseñado por Carver et al. (1989), y adaptado y validado en el contexto peruano por Cassaretto y Chau (2016). El COPE tiene como finalidad evaluar las distintas formas en que las personas suelen responder frente al estrés. El cuestionario se compone de 60 ítems, los cuales se organizan en 15 subescalas, siendo calificados en una escala Likert 4 puntos que oscilan entre (1) “Casi nunca hago esto” y (4) “Hago esto con mucha frecuencia”.

Para la construcción de la escala, se contó con la participación de 978 estudiantes de una universidad en Estados Unidos (Carver et al. 1989). Inicialmente, la prueba estuvo conformada por 52 ítems agrupados en 13 subescalas, de modo que un primer análisis factorial exploratorio arrojó 11 factores con valores *eigen* mayores a 1. A pesar de que la escala de “Uso de alcohol y drogas” no cargó en ninguna de las escalas, se decidió mantenerla con fines exploratorios, por lo que finalmente se consolida una segunda versión con 53 ítems y 14 subescalas. En cuanto a la consistencia interna, los índices alfa se encontraron entre .45 (desentendimiento mental) y .92 (acudir a la religión). Asimismo, las mediciones test-retest fluctuaron entre .46 y .86 a las 8 semanas, lo cual evidencia que las tendencias de afrontamiento serían relativamente estables en el tiempo.

Si bien Carver et al. (1989) quisieron organizar la estructura de las estrategias alrededor de factores superiores llamados estilos, no se pudo hallar evidencia de ello en su estudio. Diversas investigaciones a nivel mundial han tratado de probar la estructura de estilos planteándose modelos entre 3 a 5 factores, sin hallarse consistencia (Ficková, 2005; Hudek-Knežević et al., 1999; Ingledew et al., 2013; Kallasmaa & Pulver, 2000, como se cita en Cassaretto & Chau, 2016).

Cassaretto y Chau (2016) adaptaron la prueba para el contexto peruano en base a la versión del COPE de 60 ítems en un grupo de 300 estudiantes universitarios de Lima. El análisis factorial exploratorio con rotación oblicua y extracción de componentes principales comprueba la pertinencia del uso de la escala al alcanzarse valores adecuados [$KMO = .798, p < .01$]. Se encontró la existencia de 13 factores diferenciados, presentándose una superposición de las escalas de afrontamiento activo y planificación, por un lado, y de soporte social, instrumental y emocional, por el otro. Ello es consistente con lo encontrado por Carver et al. (1989), de forma que se decide mantener separadas las escalas con fines teóricos. Así, se obtiene que la solución de 15 factores explica el 65.15% de la varianza.

En cuanto a la confiabilidad, se hallaron índices alfa entre .53 y .91, lo cual resulta adecuado tomando en cuenta la cantidad de opciones de respuesta e ítems de cada escala. A modo de exploración, se decidió realizar un análisis factorial confirmatorio, poniendo a prueba tres modelos distintos de la escala con la finalidad de conocer la estructura más adecuada para agrupar las estrategias de afrontamiento. Se finaliza cuestionando la posibilidad de organizar las estrategias en estilos, más aún cuando en el análisis factorial confirmatorio se encuentra que los modelos de estilos de afrontamiento contrastados presentan bajos índices de ajuste (Cassaretto y Chau, 2016).

En la presente investigación, la confiabilidad de las escalas se analizó por el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos puntajes para 14 de las 15 subescalas se encontraron entre .58 (desentendimiento conductual) y .93 (afrentamiento religioso). Sin embargo, se encontró que la escala de supresión de actividades competentes tuvo un puntaje menor al .50, de modo que no fue considerada para el estudio (Ver detalle de la confiabilidad en Apéndice E).

En segundo lugar, la sintomatología de estrés postraumático se evaluó mediante la Escala del Impacto del Evento Revisado (EIE-R) de Weiss y Marmar (1997), que es una adaptación de la escala original propuesta por Horowitz et al. (1979). La validación de la escala al contexto peruano (EIE-RP) fue realizada por Gargurevich et al. (2009). El objetivo de la prueba es medir el malestar subjetivo frente a un evento traumático específico (Weiss & Marmar, 1997). Para la realización de la prueba, se requiere que el participante seleccione los síntomas experimentados durante la última semana. La escala cuenta con un total de 22 ítems, los cuales se puntúan en formato Likert de 5 puntos que varía del (0) “No o nunca” al (4) “Sí, en extremo”. El sistema de puntuación se basa en la media obtenida de los ítems no perdidos.

Las cuatro dimensiones de la EIE-R son: (a) Intrusión (“*Todo recuerdo del evento me hace revivir muchos sentimientos de ese momento*”), (b) Evitación (“*He evitado perturbarme cuando he pensado en el evento o cuando me lo han recordado*”), (c) Hiperactividad (“*He estado nervioso/a y me he sobresaltado fácilmente*”), y (d) Desorden del sueño (“*He tenido problemas para conciliar el sueño*”), este último añadido por Gargurevich et al. (2009).

La adaptación realizada por Weiss y Marmar (1997) fue realizada con dos muestras, la primera con personal de emergencias expuestas al colapso de una autopista ($N = 429$ en el tiempo 1 y $N = 317$ en el tiempo 2). Y la segunda, con trabajadores afectados por el terremoto de Loma Prieta ocurrido en el estado de California ($N = 197$ en el tiempo 1 y $N = 175$ en el tiempo 2). La escala EIE-R muestra una adecuada consistencia interna, con coeficientes alfa entre .87 a .92 para la dimensión de intrusión .84 a .85 en la dimensión de evitación, y .79 a .90 para la dimensión de hipervigilancia.

Por su parte, los resultados de medición test-retest variaron de .57 a .94 para la primera dimensión, de .51 a .89 para la segunda, y de .59 a .92 para la tercera. Al realizarse un análisis factorial exploratorio de principales componentes con rotación varimax basándose en los datos obtenidos en el Tiempo 1 del primer evento (colapso de una autopista), se obtuvo un solo factor, que explicó el 49% de la varianza. Pese a los resultados obtenidos, los autores sostienen que se debe continuar con la organización de los ítems en tres subescalas, dado que los síntomas del estrés postraumático se encuentran sustentados a nivel teórico y empírico (Weiss & Marmar,

1997). A pesar de su difundido uso, no existen resultados consistentes respecto a la organización de la escala en tres factores, de modo que se halla una estructura que varía de 1 a 4 factores (Báguena et al., 2001; Bernotaitė & Malinauskienė, 2016; Caamaño et al., 2011; Craparo et al., 2013; Eid et al., 2009; Mystakidou et al., 2007; Wang et al., 2011).

En el Perú, Gargurevich y colaboradores (2009) realizaron una validación del instrumento con dos muestras. La primera con la colaboración de 174 sobrevivientes de un incendio ocurrido en Villa el Salvador, y la segunda con 562 estudiantes universitarios provenientes de una universidad pública y tres privadas de Lima. Para el proceso de adaptación de la escala, se contó con la participación de cinco jueces expertos (psicólogos peruanos de más de 20 años de experiencia clínica) quienes evaluaron la adecuación de la traducción al español de los ítems.

Tras efectuar un análisis factorial confirmatorio para grupos múltiple y único, se buscó identificar el modelo que presentaba una mejor bondad de ajuste. Se pusieron a prueba diversos modelos y predominó uno con cuatro factores de primer orden: Grupo 1 [$CFI = .96$, $RMSEA = .039$, $SRMR = .057$, $AIC = 357.62$] y Grupo 2 [$CFI = .91$, $RMSEA = .084$, $SRMR = .051$, $AIC = 1097.35$]. Los resultados del análisis factorial confirmatorio de grupos múltiples demostraron que la estructura factorial de la EIE-RP es consistente para ambas muestras.

Las subescalas de la EIE-RP obtuvieron una consistencia interna satisfactoria en ambos grupos con coeficientes alfa entre .87 y .91 para Intrusión, .83 y .88 para Evitación, .78 y .87 para Hiperactividad, y .94 y .87 para la dimensión de Desorden del sueño. Además, se obtuvieron resultados favorables al examinarse la validez discriminante y de constructo de la escala (Gargurevich et al., 2009). En el presente estudio, la confiabilidad de la escala total arrojó un alfa de .95 y puntajes entre .84 (desorden del sueño) y .92 (intrusión) para cada una de las subescalas (Ver detalle de la confiabilidad en Apéndice F).

En tercer lugar, se utilizó la Escala de Crecimiento Postraumático (PTGI) desarrollada por Tedeschi y Calhoun (1996) y adaptada al contexto peruano por Gargurevich (2016). La escala se orienta a evaluar los cambios positivos que acontecen tras experimentar sucesos traumáticos. Se encuentra conformada por 21 ítems, siendo su sistema de respuesta en escala Likert de seis puntos, donde (0) es “No he experimentado este cambio como resultado de mi experiencia” y (5) “He experimentado este cambio en un muy alto grado como resultado de mi experiencia”.

La PTGI se compone por 5 subescalas, las cuales conforman la experiencia del crecimiento postraumático: Fortaleza personal (“*Sé que puedo enfrentar dificultades*”), Mayor

valoración de las relaciones interpersonales (“*Se me hace más fácil aceptar que necesito de los demás*”), Reconocimiento de nuevas posibilidades (“*Me abrí un nuevo camino en mi vida*”), Apreciación por la vida (“*Siento mayor aprecio por cada día de vida*”), y Cambio espiritual (“*Tengo más fe en mi religión*”).

La escala ha sido validada en otros idiomas y utilizada en países europeos (Cadell et al., 2015; Jaarsma et al., 2006; Prati & Pietrantonì, 2014) y también en Norteamérica (Palmer et al., 2012), de tal manera que se han encontrado resultados psicométricos satisfactorios. En Latinoamérica, se han realizado estudios en México (Quezada-Berumen & González-Ramírez, 2020), Argentina (Esparza-Baigorri et al., 2016), Ecuador (Arias et al., 2017), Chile (García et al., 2013), y Brasil (Silva et al., 2018).

La construcción original de la escala se hizo en colaboración con estudiantes universitarios (199 hombres y 405 mujeres) de una universidad en Estados Unidos (Tedeschi & Calhoun, 1996). En cuanto a la validez, se ejecutó un análisis factorial exploratorio a través de la técnica de componentes principales con rotación varimax sobre los 34 ítems inicialmente propuestos. En dicho análisis, se obtuvo que cinco de los seis factores eran fácilmente interpretables, de forma que se mantuvieron los 21 ítems que cargaron adecuadamente. Un segundo análisis de componentes principales con rotación varimax se volvió a utilizar con la misma cantidad de ítems, y se produjeron nuevamente cinco factores con valores *eigen* mayores a uno, los cuales explicaron el 62% de la varianza común.

Cabe precisar que los resultados de confiabilidad, evidencian una adecuada consistencia interna tanto para la escala total ($\alpha=.90$), y cada una de las subescalas: Reconocimiento de nuevas posibilidades ($\alpha=.84$), Mayor valoración de las relaciones interpersonales ($\alpha=.85$), Fortaleza personal ($\alpha=.72$), Cambio espiritual ($\alpha=.85$) y Apreciación por la vida ($\alpha=.67$). En la medición test-retest realizada a los dos meses, la confiabilidad para la escala total fue aceptable ($r=.71$).

En la validación al contexto peruano, Gargurevich (2016) hizo un estudio con una muestra de 153 sobrevivientes a un terremoto ocurrido en Tambo de Mora (Pisco). Tras efectuarse un análisis factorial confirmatorio de primer orden, se obtuvieron cinco factores [$SB-\chi^2(137)=313.26$, $CFI=1.00$, $RMSEA=.022$, $SRMR=.081$], lo cual coincide con la organización original propuesta por Tedeschi y Calhoun (1996). Cabe destacar que la escala total demostró una adecuada consistencia interna con un alfa de .83, y valores entre .60 y .81 para las subescalas. La confiabilidad del presente instrumento arrojó valores adecuados para la escala total ($\alpha=.97$), y puntajes entre .85 (cambio espiritual) y .94 (mayor valoración de las relaciones

interpersonales) para cada una de las subescalas (Ver detalle de la confiabilidad en Apéndice G).

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizó una convocatoria por conveniencia a través de redes sociales (*Facebook, WhatsApp, Instagram*). Para la recolección de la información, se utilizó la plataforma Google Forms debido a su practicidad y facilidad de uso, siendo el link de acceso al cuestionario adjunto en la convocatoria. Como parte de los aspectos éticos, se les presentó a los participantes un consentimiento informado en formato virtual donde se detallaron los objetivos de la investigación y el alcance del mismo. Asimismo, se les explicó que la participación en la investigación era de carácter voluntario, de modo que se guardó el anonimato de los resultados obtenidos. Una vez aceptados los términos de la investigación, procedieron a completar una ficha de datos sociodemográficos y los instrumentos. Al finalizar la prueba, se les brindó a los participantes un directorio con centros de salud mental que ofrecen atención psicológica durante el contexto de emergencia por la COVID-19, con la finalidad de que puedan acceder en caso se hayan sentido movilizados tras la realización del cuestionario.

Análisis de datos

Para el procesamiento de datos y los análisis estadísticos, se empleó el programa IBM SPSS Statistics 28. En primera instancia, se buscó comprobar la confiabilidad de las escalas mediante el coeficiente alfa. Luego, se realizó un análisis descriptivo de los instrumentos utilizados. Para determinar el tipo de técnica a utilizar se analizó la normalidad de las escalas con la prueba Kolmogorov-Smirnov, donde se encontraron distribuciones no normales (Ver Apéndice H). Frente a ello, se procedió a determinar los valores de asimetría ($<|3|$) y curtosis ($<|10|$) encontrando que no existían escalas con distribución no normal severa (Kline, 2010), por lo que se pudo usar estadísticos paramétricos.

Con la finalidad de responder al objetivo general, se efectuaron análisis de correlación utilizando el coeficiente r de Pearson para evaluar el grado de relación entre las variables de estudio (estrategias de afrontamiento, estrés postraumático y crecimiento postraumático), y cada una de sus subdimensiones. Al obtenerse resultados significativos, se revisaron los supuestos para la realización de regresiones, de forma que se ejecutaron modelos de regresión múltiple para determinar cuáles estrategias de afrontamiento podrían predecir, por un lado, el crecimiento postraumático y, por el otro, el estrés postraumático.

Con respecto al objetivo específico, se emplearon contrastes T de Student para evaluar la existencia de diferencias significativas entre los constructos considerando las variables sociodemográficas.



Resultados

En el presente apartado se presentarán los resultados en función a los objetivos planteados en la investigación. Para el objetivo general, se expondrán las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento, el crecimiento postraumático y la sintomatología de estrés postraumático. Ello se complementa con el desarrollo de modelos de análisis de regresión. Para los objetivos específicos, se presentarán los análisis de contrastes en función a las variables demográficas y datos asociados a la COVID-19.

En primer lugar, con respecto al objetivo general, el análisis estadístico evidenció la existencia de diversas correlaciones entre las tres escalas de estudio (Ver detalle de todas las correlaciones en Apéndice I). Tal como se puede apreciar en la Tabla 1, la sintomatología de estrés postraumático presentó asociaciones significativas, directas y de tamaño grande y mediano, con estrategias consideradas mayormente evasivas, tales como negación, desentendimiento mental/conductual, y enfocar y liberar emociones. Mientras que obtuvo relaciones directas y de tamaño pequeño con la contención del afrontamiento, reinterpretación, y aceptación.

Tabla 1
Correlaciones entre la sintomatología de estrés postraumático, crecimiento postraumático y las estrategias de afrontamiento

| | Sintomatología de estrés postraumático | Crecimiento postraumático |
|------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| Afrontamiento activo | .15 | .32*** |
| Planificación | .10 | .09 |
| Contención del afrontamiento | .28** | .27** |
| Reinterpretación positiva | .20* | .25** |
| Aceptación | .18* | .27** |
| Enfocar y liberar emociones | .35*** | .08 |
| Soporte instrumental | .04 | .25** |
| Soporte emocional | .10 | .11 |
| Desentendimiento mental | .44*** | .25** |
| Desentendimiento conductual | .25** | .07 |
| Negación | .50*** | .16 |
| Religión | -.05 | .18 |
| Humor | .12 | .06 |
| Substancias | .11 | -.09 |

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

Por otra parte, la tabla 1 muestra que el crecimiento postraumático guarda una relación estadísticamente directa y de tamaño mediano y pequeño, con estrategias más orientadas a enfrentar el estresor, ya sea de forma cognitiva o conductual, como el afrontamiento activo, contención del afrontamiento, reinterpretación positiva, y aceptación. Sin embargo, se obtuvieron asociaciones directas y de tamaño pequeño con el desentendimiento mental y búsqueda de soporte instrumental. Asimismo, se halló una relación positiva entre la sintomatología de estrés postraumático (TEPT) y el crecimiento postraumático (CPT) ($r = .30$, $p < .001$).

En segundo lugar, se realizaron análisis de regresión lineal donde se consideró como variable dependiente, el estrés postraumático, por un lado, y el crecimiento postraumático, por el otro. Las variables independientes para cada modelo incorporaban las estrategias de afrontamiento que mantuvieron una asociación significativa en el análisis correlacional descrito previamente. Para el modelo de regresión del estrés postraumático se encontró que las estrategias caracterizadas por la evitación, tales como enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental, y negación, predicen un 34% de la variabilidad de dicha variable en la muestra (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Modelo resumen del análisis de regresión para los predictores de la sintomatología de estrés postraumático

| Variable | <i>B</i> | β | <i>t</i> |
|------------------------------------|----------|---------|----------|
| Contención del afrontamiento | .85 | .11 | 1.25 |
| Reinterpretación | .93 | .12 | 1.30 |
| Aceptación | -.37 | -.05 | -.55 |
| Enfocar y liberar emociones | 1.34 | .20 | 2.29* |
| Desentendimiento mental | 1.37 | .21 | 2.22* |
| Desentendimiento conductual | .13 | .01 | .16 |
| Negación | 3.09 | .34 | 3.80** |
| F = 9.29*** | | | |
| R ² ajustado = .34 | | | |
| N=116, * $p < .05$, ** $p < .001$ | | | |

No obstante, no se logró obtener un modelo de regresión lineal con variables con aporte significativo para predecir el crecimiento postraumático.

En término de los objetivos específicos, se encontraron diferencias significativas entre las variables de estudio según características sociodemográficas de la muestra. En cuanto al

sexo de los participantes, se observó que las mujeres hacen mayor uso de estrategias como la búsqueda de soporte emocional e instrumental, mientras que los hombres, recurren más al humor frente a eventos estresantes (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento según la variable sexo

| | Mujeres (n=79) | | Hombres (n= 35) | | <i>t</i> (<i>gl</i>) | <i>p</i> | <i>d</i> |
|----------------------|-------------------|-----------|--------------------|-----------|------------------------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | | | |
| Soporte instrumental | 11.67 | 2.65 | 10.51 | 2.68 | -2.14(112) | .03 | 0.44 |
| Soporte emocional | 11.24 | 2.92 | 9.63 | 3.11 | -2.67(112) | .01 | 0.53 |
| Humor | 6.87 | 2.89 | 8.14 | 3.07 | 2.12(112) | .04 | -0.43 |

Se debe destacar que se halló una relación estadísticamente significativa entre la edad, la sintomatología de estrés postraumático (TEPT) y las estrategias de afrontamiento. Tal como se detalla en la Tabla 4, la edad presenta una relación negativa con el TEPT y el uso de estrategias mayoritariamente evasivas tales como enfocar y liberación emociones, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, y uso del humor. Ello a excepción del soporte emocional, la cual sería considerada una estrategia orientada a enfrentar el estresor mediante la búsqueda de apoyo de otros significativos. Solamente se encuentra una asociación directa entre la edad y el uso de la reinterpretación positiva y crecimiento.

Tabla 4

Correlaciones entre la variable edad, sintomatología de estrés postraumático y las estrategias de afrontamiento

| | Edad |
|----------------------------------------|---------|
| Sintomatología de estrés postraumático | -.20* |
| Enfocar y liberar emociones | -.35*** |
| Reinterpretación positiva | .31*** |
| Desentendimiento mental | -.43*** |
| Soporte emocional | -.20* |
| Desentendimiento conductual | -.21* |
| Humor | -.20* |

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

Además, se obtuvieron diferencias respecto al empleo de las estrategias de afrontamiento y la sintomatología de estrés postraumático, según el estado civil. Tal como se

observa en la Tabla 5, los participantes solteros utilizan con mayor frecuencia estrategias como la liberación de emociones, búsqueda de soporte emocional, y desentendimiento mental, mientras que los casados presentan mayor empleo de la reinterpretación positiva. Se debe añadir que el primer grupo (solteros) presenta mayor sintomatología de estrés postraumático, a diferencia de su contraparte (casados).

Tabla 5

Diferencias en las variables sintomatología de estrés postraumático y uso de estrategias de afrontamiento según el estado civil

| | Solteros/as (n=91) | | Casados/as (n= 19) | | <i>t</i> (<i>gl</i>) | <i>p</i> | <i>d</i> |
|----------------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|------------------------|----------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DE</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> | | | |
| Sintomatología de estrés postraumático | 21.7 | 19.28 | 11.95 | 10.74 | 3.07(46.21) | .00 | 0.63 |
| Enfocar y liberar emociones | 8.64 | 2.82 | 7.26 | 1.79 | 2.72(39.41) | .01 | 0.58 |
| Soporte emocional | 11.24 | 2.99 | 8.89 | 2.71 | 3.16(108) | .00 | 0.82 |
| Desentendimiento mental | 9.26 | 2.72 | 7.37 | 2.59 | 2.79(108) | .01 | 0.71 |
| Reinterpretación positiva | 11.09 | 4.53 | 13.63 | 1.64 | -4.20(80.24) | .00 | -0.75 |

Finalmente, se detallan los hallazgos basados en las características asociadas a la COVID-19 de la muestra. Principalmente, se obtiene una asociación directa y de tamaño pequeño entre el crecimiento postraumático ($r = .26, p < .00$), el uso de la estrategia aceptación ($r = .18, p = .05$), y la cantidad de personas cercanas a los participantes que se han visto afectados por la enfermedad.

Cabe destacar que se hallaron diferencias significativas respecto al estrés postraumático y la utilización de las estrategias de afrontamiento según la presencia/ausencia de personas cercanas contagiadas. Con relación a lo mencionado, se obtuvo que los participantes con familiares/amistades afectados por la COVID-19 presentan mayor sintomatología de estrés postraumático, a diferencia del otro grupo ($M_{SiConocidos} = 21.70, DE_{SiConocidos} = 18.58; M_{NoConocidos} = 9.81, DE_{NoConocidos} = 8.75; t(gl) = 4.14(41.21), p < .001, d = -0.82$). Así mismo, utilizan con mayor frecuencia la estrategia de liberación de emociones ($M_{SiConocidos} = 8.52, DE_{SiConocidos} = 2.75; M_{NoConocidos} = 7.06, DE_{NoConocidos} = 1.95; t(gl) = 2.04(114), p < .05, d = 0.61$).

Discusión

La pandemia por la COVID-19 se sitúa como un evento altamente estresante, que ha repercutido negativamente en la salud mental de la población (Kira et al., 2021). Así, diversos estudios señalan un incremento de la sintomatología de estrés postraumático (TEPT) debido a las severas dificultades de la población para enfrentarse al contexto de pandemia (Jafri et al., 2022; Salehi et al., 2021; Yunitri et al., 2022). No obstante, ello podría verse acompañado de un proceso reflexivo sobre los cambios positivos surgidos en medio de la adversidad, lo cual forma parte del crecimiento postraumático (CPT) (Hyun et al., 2021; Northfield & Johnston, 2022). En medio de ello, las estrategias de afrontamiento desempeñarían un rol fundamental en el proceso de adaptación del individuo frente al evento estresante (Lazarus & Folkman, 1984; Littleton et al., 2007).

El presente estudio tuvo como propósito central analizar la relación entre la sintomatología de estrés postraumático (TEPT), crecimiento postraumático (CPT) y las estrategias de afrontamiento en un grupo de adultos peruanos durante el contexto de pandemia. Así, se encontró que diversas estrategias se relacionan tanto con el TEPT y CPT, hallándose inclusive que algunas asociaciones mantienen una direccionalidad positiva. Si bien se halló un modelo predictivo para el TEPT, esto no se replicó para el caso del CPT, de modo que la primera hipótesis de estudio se cumplió parcialmente.

Se halló que la sintomatología de estrés postraumático se asoció mayoritariamente a estrategias más evitativas como negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental y desentendimiento conductual, de forma que la segunda hipótesis de estudio se cumple. Para poder explicar esto, es posible que la disminuida percepción del individuo respecto a los recursos (físicos, materiales y/o psicológicos) con los que cuenta para enfrentar el evento estresor y que favorecen la aparición de sintomatología que podría llevarlo a optar por distanciarse cognitiva y emocionalmente.

Así, el uso de estrategias evitativas durante la pandemia podría haber tenido una función adaptativa a corto plazo, puesto que le permitirían al individuo evadir la gravedad del problema, y aliviar sus sentimientos de angustia, dolor y sufrimiento; sin embargo, el patrón de evitación sería insostenible a largo plazo debido a la cronicidad del evento estresor (Dehelean et al., 2021; Kalaitzaki et al., 2022; Okafor et al., 2022). De modo que incrementaría el riesgo de experimentar un aumento de los niveles de ansiedad, dificultades para dormir, pensamientos intrusivos y una hipervigilancia al peligro, los cuales forman parte del estrés postraumático (Berger, 2015).

Desarrollando de manera específica el rol de las estrategias de afrontamiento más relevantes del modelo predictivo del TEPT, destaca la negación, concebida como el rehusarse a creer que el estresor existe, siendo este un mecanismo que reduciría la capacidad del individuo para lidiar activamente con el evento (Carver et al., 1989; Suls & Fletcher, 1985). En vista que la COVID-19 ha generado una alteración en el estilo de vida, educación, socialización, y pautas de cuidado de la salud, las personas que utilizan esta estrategia podrían optar por desconocer tales cambios para aminorar su malestar. Pese a ello, dicha respuesta terminaría siendo desadaptativa, en tanto no les permitiría procesar gradualmente el evento adverso, aceptarlo y realizar acciones para cuidar su salud física y mental (Shamblaw et al., 2021; Umucu & Lee, 2020).

Estudios hechos en contextos adversos (enfermedades crónicas, duelo, desastres naturales) proponen que la negación sería funcional al inicio, pues los individuos no contarían con los recursos necesarios para afrontar el problema de manera inmediata (Joseph & Linley, 2008; Moran et al., 2013; Thompson et al., 2018). No obstante, si dicho mecanismo prevalece se terminarían agotando los recursos psicológicos-físicos de la persona, lo que podría ser un factor de riesgo para desarrollar estrés postraumático (Tiet et al., 2006).

En cuanto al desentendimiento mental, esta podría ser una respuesta orientada a la distracción de los pensamientos de angustia, temor y catástrofe que produce la COVID-19. En un intento de evadir la problemática, dicha estrategia a lo largo del tiempo generaría una menor sensación de bienestar y riesgo de desarrollar TEPT (Dehelean et al., 2021; Shamblaw et al., 2021). Además, es probable que los participantes hayan recurrido a la estrategia de liberación de emociones como una forma de desahogarse y manifestar su vivencia afectiva. Ello podría ser un mecanismo funcional al facilitar la identificación y reconocimiento del impacto negativo de la pandemia en el bienestar emocional; sin embargo, conforme pase el tiempo no posibilitaría una regulación adecuada de las emociones displacenteras. Dado que es una manera de desborde emocional que no solo dificulta la interacción con los otros, sino que además su expresión incrementaría el malestar y patrón de temor frente al evento adverso (Gil, 2005; Thompson et al., 2018).

Los resultados obtenidos guardarían relación con estudios realizados durante brotes epidémicos como el SARS (Síndrome respiratorio agudo grave), donde se halló que las estrategias caracterizadas por la evitación como negación, desentendimiento mental, desentendimiento conductual, liberación de emociones, uso de sustancias, y del humor guardan una relación positiva con la sintomatología ansioso-depresiva, somatización, insomnio y TEPT (Cheng & Cheung, 2005; Sim et al., 2010).

Si bien las estrategias de negación, enfocar y liberar emociones y el desentendimiento mental fueron las más potentes para predecir el TEPT en los participantes, algunas estrategias perdieron su asociación al ingresar al modelo de regresión. Así, la estrategia de desentendimiento conductual perdió su impacto, lo que podría deberse a las características similares que comparte con el desentendimiento mental, en tanto ambas se vinculan al distanciamiento (cognitivo o emocional) de eventos percibidos como altamente estresantes. Es posible que, al compartir varianza, el desentendimiento conductual no logre formar parte del modelo predictivo del TEPT. Lo cual se asocia a resultados obtenidos con el COPE, donde ambas escalas terminan funcionando como un solo factor, manteniéndose separados por motivos estrictamente teóricos (Carver et al., 1989).

Por su parte, se encontró una asociación positiva entre el TEPT y el uso de estrategias más aproximativas como la contención del afrontamiento, reinterpretación, y aceptación, los cuales no lograron formar parte del modelo predictivo. Dicho hallazgo permitiría comprender que, en la experiencia de trauma, la persona también buscaría utilizar estrategias más funcionales para identificar el problema, responder a las problemáticas experimentadas por la pandemia, y otorgarle un significado distinto al evento. Sin embargo, el carácter impredecible y crónico de la pandemia terminaría por generar un patrón de evasión mucho más rígido, que incrementaría el poder predictivo de las estrategias más evitativas, y consecuentemente, mitigaría la carga de las respuestas dirigidas a lidiar con el estresor.

Por otro lado, se encontró que las estrategias de afrontamiento mayormente consideradas aproximativas (como aceptación, afrontamiento activo, contención del afrontamiento, soporte instrumental, y reinterpretación positiva y crecimiento) presentaron una asociación positiva con el CPT, siendo así que se cumple con la tercera hipótesis de estudio. Dichas estrategias son consideradas funcionales debido al posible impacto positivo que generan en la regulación de emociones y flexibilidad del individuo para responder al evento adverso (Carver & Connor-Smith, 2010; Wild & Paivio, 2004; Schuettler & Boals, 2011)

En el contexto de pandemia, estas estrategias le permitirían al individuo aceptar la ocurrencia del evento (aceptación), identificar los recursos (internos o externos) para lidiar con el estresor (afrontamiento activo), esperar el momento oportuno para actuar (contención del afrontamiento), y recurrir a otros significativos para recibir apoyo (soporte instrumental). Añadido a ello, se encuentra el proceso de reflexión y reconocimiento de los aspectos positivos que podrían surgir en medio de la COVID-19 (reinterpretación positiva y crecimiento). Resulta interesante la asociación positiva entre el CPT y la estrategia de desentendimiento mental, en tanto comprende el distanciamiento que realiza la persona de los pensamientos negativos

asociados a la pandemia en un intento de reducir su angustia. Una hipótesis es que dicho mecanismo le permitiría al individuo redirigir su enfoque del evento hacia la construcción de una narrativa que aporte positivamente a su manejo de la pandemia, lo cual forma parte importante del CPT.

En lo que respecta a la asociación entre el CPT y la aceptación, es preciso mencionar que dicho hallazgo sería esperable, en tanto dicha estrategia resulta necesaria para lidiar con un evento estresor, como la pandemia, la cual no puede negarse. En la presente investigación, se obtuvo una relación positiva entre la aceptación, el CPT y la cantidad de personas cercanas a los participantes que se vieron afectados por la enfermedad. Así, es posible que el grupo con mayor número de familiares/amistades contagiados deba atravesar necesariamente por un proceso gradual de aceptación para seguir adelante. En vista que una mayor exposición al estresor podría disminuir los niveles de angustia en la persona, la aceptación de la enfermedad de un otro significativo, facilitaría su proceso de reflexión y toma de decisiones para acompañar a su ser querido.

A pesar de que se encontraron asociaciones positivas entre el CPT y determinadas estrategias de afrontamiento, finalmente no se logró obtener un modelo predictivo para dicha variable, motivo por el cual la primera hipótesis de estudio se cumple parcialmente y los resultados obtenidos se deben tomar con prudencia. Se debe tomar en cuenta que el CPT corresponde a una transformación que deviene luego de una profunda reflexión (Tedeschi y Calhoun, 2004). Por ello, es posible que las personas se encuentren todavía en un proceso de reestructuración y aceptación de las consecuencias que ha traído la pandemia en su modo de vivir y relacionarse. Por lo que se requeriría de un mayor período de tiempo para dilucidar el grado de transformación individual experimentado por los individuos (Helgeson, 2006; Tedeschi et al., 2018). De ahí que es necesario incrementar las investigaciones longitudinales dentro del campo de la psicología de la salud, orientadas a examinar si es posible que las personas hayan experimentado cambios significativos en relación consigo mismos y otros significativos tras la ocurrencia de un evento altamente amenazante como la COVID-19.

Es importante resaltar que se encontró una asociación significativa entre el estrés postraumático y crecimiento postraumático, lo cual guardaría relación con hallazgos de estudios hechos en contextos adversos (Dekel et al., 2012; Jin et al., 2014; Liu et al., 2017). En medio de acontecimientos altamente estresantes, sería posible que el individuo experimente una angustia y estrés, al mismo tiempo que haría esfuerzos para otorgar una interpretación distinta al suceso traumático (Tedeschi et al., 2018). Así, se evidenciaría una búsqueda de las personas por procesar cognitiva y emocionalmente el contexto de pandemia; de forma que

puedan preservar su bienestar físico y psicológico en medio de las secuelas negativas producidas por la COVID-19.

Dicha relación también se reflejaría en la dinámica entre las diferentes estrategias de afrontamiento, donde se evidenció una coexistencia entre las respuestas caracterizadas por la evitación y aquellas orientadas a lidiar directamente con el estresor. Ello conllevaría a cuestionar el uso de términos como “adaptativo” o “desadaptativo” a priori al momento de evaluar las estrategias de afrontamiento, en tanto se debe priorizar su grado de eficacia dentro del contexto específico en el cual están siendo utilizadas. De esa forma, una mejor adaptación a los contextos adversos provendría del uso flexible de las distintas respuestas de afrontamiento (Cheng et al., 2014; Kunz et al., 2018).

En cuanto a los objetivos específicos, se buscó encontrar diferencias en las variables de estudio en función a características sociodemográficas como sexo, edad, y estado civil. Así como particularidades de la COVID-19, asociadas a la presencia/ausencia de personas cercanas a los participantes afectados por la enfermedad. Contrario a la cuarta hipótesis planteada inicialmente, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de TEPT y CPT de acuerdo a la variable sexo. Si bien estudios han encontrado mayores indicadores de estrés traumático y crecimiento postraumático en participantes mujeres (Jin et al., 2014; Pietro-Ursúa & Jódar, 2020; Vishnevsky et al., 2010; Yan et al., 2021), se debe recordar que la pandemia es un evento global que ha impactado de igual manera a todas las personas.

Así, estudios realizados en el contexto actual muestran que son diversos los factores que intervendrían en la predisposición de una persona a desarrollar TEPT o CPT, independientemente del sexo, tales como el grado de ansiedad experimentado tras la COVID-19, la percepción del estado de salud, y el haber atravesado los cuadros moderados-severos de la enfermedad (Beck et al., 2021; Craparo et al., 2022; Zhang & Ma, 2020). Lo cual reforzaría la importancia de llevar a cabo futuras investigaciones que tomen en cuenta los múltiples factores que pueden incidir en el proceso de afrontamiento de la pandemia.

También, se hallaron diferencias significativas en la forma que tienen los participantes de lidiar con eventos adversos según la variable sexo, siendo así que las mujeres utilizan en mayor grado la búsqueda de soporte emocional e instrumental, mientras que los hombres recurren al humor. Dicho hallazgo podría asociarse a una diferencia en los patrones de socialización, de modo que las mujeres contarían con mayor apertura para intercambiar experiencias y afectos. Por el lado contrario, es posible que los hombres vean disminuida la posibilidad de expresar deliberadamente su malestar debido al estigma y temor a la invalidación

emocional que podrían recibir de sus pares, siendo el humor el mecanismo más conveniente para lidiar con la angustia (Diehl, 1996; Tamres et al., 2002).

Otro hallazgo destacado es que la edad presenta una relación negativa con la sintomatología de TEPT y uso de estrategias principalmente evasivas (tales como enfocar y liberar emociones, desentendimiento mental y conductual, uso del humor). Por lo un lado, los participantes de menor edad experimentarían mayor sintomatología de TEPT y empleo de dichas estrategias. En términos de desarrollo, la adultez temprana se caracteriza por una maduración progresiva de los procesos cognitivos y afectivos adecuados para lidiar con eventos estresores, lo que se acompañaría de una intolerancia a la incertidumbre y dificultades para regular emociones intensas (Aldwin, 1991; Aldwin et al., 2011).

El uso de estrategias caracterizadas por la evitación tendría la función de brindar una mayor sensación de control y seguridad al individuo para protegerse de un evento que se percibe como incontrolable. Así, los participantes más jóvenes podrían optar por manifestar deliberadamente sus emociones, evitar pensar en las pérdidas que ha traído consigo la pandemia (en su estilo de vida, adaptación universitaria, trabajo, relaciones sociales), y buscar distanciarse de la ansiedad y tristeza que ello les produce. No obstante, las respuestas evitativas terminarían incrementando los niveles de estrés, e inclusive el riesgo de desarrollar sintomatología clínica significativa (TEPT, ansiedad, depresión) (Kar et al., 2021; Volk et al., 2021).

En contraste, se halló que una mayor edad se vincula a menores indicadores de TEPT, y uso de la reinterpretación positiva, la cual se caracteriza por la capacidad del individuo para brindar un nuevo significado al evento estresor (Carver et al., 1989). En la adultez, prevalece una maduración de las respuestas de adaptación al entorno, y mayor flexibilidad cognitiva para elegir las acciones más apropiadas para manejar el estrés (Aldwin et al., 2011). Si bien estudios previos han señalado que las personas de mayor edad contarían con un menor repertorio de estrategias, el haber podido atravesar experiencias previas les permitiría adquirir mayor experticia para afrontar situaciones adversas (Labouvie-Vief & Blanchard-Fields, 1982; Márquez-González et al., 2019). De ahí se explicaría que experimenten menor TEPT, y utilicen la reinterpretación con la finalidad de identificar los cambios positivos ocurridos en la pandemia.

De otro lado, es interesante que las diferencias encontradas en el empleo de las estrategias de afrontamiento según el estado civil guarden relación con el análisis correlacional previamente descrito. En el presente estudio, una alta cantidad de participantes se caracteriza en términos sociodemográficos por ser joven y no tener pareja actualmente, siendo ambas

condiciones asociadas al empleo de estrategias evasivas como la liberación de emociones y el desentendimiento mental. De modo que la búsqueda de soporte emocional es la única estrategia compartida por ambos grupos.

Estudios recientes han demostrado que una menor edad y ser soltero/a serían factores de riesgo para experimentar mayores niveles de estrés y sintomatología ansiosa-depresiva durante la COVID-19 (Glowacz & Schmits, 2020; Hyun et al., 2021; Shanahan et al., 2020; Yu et al., 2020). A diferencia de una persona que cuenta con una red de soporte sólida y continua, como podría ser el caso de las personas casadas, los participantes solteros experimentarían mayor sensación de soledad, tristeza y desesperanza, dadas las consecuencias irremediables de la pandemia en su modo de vivir y relacionarse.

El evitar pensar en los cambios producidos por la COVID-19 (desentendimiento mental), desbordarse emocionalmente (enfocar y liberar emociones) y buscar la contención de personas cercanas a uno (soporte emocional) se consolidarían como las respuestas más funcionales en dicho contexto. Sin embargo, terminarían siendo poco adaptativas para lidiar con las consecuencias de la pandemia a largo plazo, de modo que los participantes solteros tendrían mayores probabilidades de desarrollar sintomatología de TEPT, a diferencia de los casados (Liao et al., 2021; Shanahan et al., 2020).

Por su parte, el grupo de casados se caracteriza por hacer uso de la estrategia de reinterpretación positiva, y presentarían menor sintomatología de estrés postraumático. La literatura ha evidenciado que el estado civil podría tener un impacto en las respuestas que despliega la persona frente a eventos altamente estresantes (Goldzweig et al., 2009; Hannum et al., 1991; Ren et al., 1997). De ese modo, los casados tendrían mayores recursos para afrontar de mejor manera el estrés crónico debido al soporte percibido de su cónyuge. Así, el apoyo conyugal se podría constituir como un factor protector frente a la posibilidad de desarrollar TEPT, en tanto sería un mecanismo amortiguador de la angustia que produce la COVID-19.

La reinterpretación positiva y crecimiento destacaría como una estrategia asociada a un mayor grado de madurez y proceso reflexivo sobre el evento traumático, lo cual se vería mediado por el intercambio de opiniones, emociones y afectos provistos dentro de la relación marital. Es la complementariedad entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por la pareja, lo que permitiría mejorar los esfuerzos del otro, y contar con repertorio más amplio de respuestas para lidiar con la pandemia.

En última instancia, se encuentran los resultados obtenidos según características COVID-19, asociadas a la presencia/ausencia de personas cercanas contagiadas. En primer lugar, se destaca que los participantes con familiares/amistades contagiados por la enfermedad

presentan mayor TEPT y uso de la estrategia de liberación de emociones. La afectación de salud de un ser querido sería un acontecimiento potencialmente traumático; por cuanto, al estrés producido por el contexto de pandemia, se añade el desgaste físico y emocional que conlleva el cuidar y/o estar pendiente del estado de salud de la persona allegada (Amass et al., 2022; Ma et al., 2020). De ahí, es posible que este grupo se encuentre en mayor riesgo de desarrollar TEPT. La estrategia de liberación de emociones sería un recurso que le permitiría a los participantes lidiar con su dolor y angustia; sin embargo, podría ser un mecanismo poco adaptativo al no permitirles una gestión adecuada de las emociones displacenteras, e inhibirles de buscar los recursos necesarios para afrontar la problemática.

En síntesis, la presente investigación otorga relevancia al rol que desempeñan las estrategias de afrontamiento en el proceso de adaptación de las personas a la COVID-19, un evento que ha generado repercusiones altamente adversas en la salud mental de la población peruana. Tomando en consideración que la pandemia sería vivenciada como una experiencia traumática debido a su carácter disruptivo, crónico y perjudicial para la salud física y mental, se buscó analizar la asociación entre el afrontamiento, el estrés postraumático (TEPT) y crecimiento postraumático (CPT).

Por un lado, se halló una asociación significativa entre el uso de las estrategias caracterizadas por la evitación y el TEPT; y por el otro, el empleo de respuestas orientadas a enfrentar el evento traumático con el CPT. Se evidenció el rol predictor de las respuestas de enfocar y liberar emociones, negación y desentendimiento mental sobre el TEPT. Y en cuanto al afrontamiento, se encontraron diferencias según características sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) y sobre la COVID-19 (presencia/ausencia de personas cercanas contagiadas).

Dado el rol predictor de las respuestas más evitativas en el desarrollo del estrés postraumático (TEPT), se vuelve crucial el diseño de estrategias de intervención que promuevan el uso flexible de las respuestas de adaptación frente a la pandemia. De modo que, por una parte, se fortalezcan las estrategias orientadas a enfrentar directamente el estresor mediante la búsqueda del soporte social/emocional, planificación, y aceptación de los cambios producidos por la COVID-19. Y, por otro lado, disminuya progresivamente el empleo de respuestas evitativas que deriven en el riesgo de desarrollar TEPT.

Es importante destacar que se encontraron limitaciones en el presente estudio. En primer lugar, a pesar de que el análisis de poder estadístico demostró que el tamaño de muestra elegida era adecuado; es innegable que, la cantidad final y método de selección por

conveniencia de los participantes pudo afectar la capacidad de que los modelos de regresión puedan detectar efectos en otras variables de menor impacto.

En segundo lugar, se debe tomar en cuenta que la investigación ha sido ejecutada en un intervalo específico de tiempo, lo que podría restringir la oportunidad de observar cambios en las variables de estudio. Por tanto, se recomienda a futuras investigaciones llevar a cabo estudios longitudinales que permitan dilucidar las variaciones en los niveles de TEPT y uso de las estrategias de afrontamiento a corto, mediano y largo plazo. Además, considerando la ausencia de un modelo predictivo para el CPT, es posible que un estudio longitudinal visibilice la existencia de un proceso de transformación individual y crecimiento en medio de la adversidad.

Futuros estudios deberán analizar el rol mediador del soporte social percibido en el empleo de las estrategias de afrontamiento y desarrollo de TEPT y/o CPT, por cuanto la búsqueda de apoyo en otros significativos podría ser un factor protector frente a los sentimientos de soledad, angustia y tristeza que genera la pandemia. Lo mencionado sería útil para la realización de programas de intervención que permitan fortalecer las redes de soporte durante y después de la pandemia, ya que permitiría el intercambio de experiencias y contención emocional que las personas requieren tras las consecuencias negativas de la COVID-19. A su vez, sería novedoso realizar estudios considerando otras variables importantes como el bienestar psicológico, calidad de vida, optimismo, y resiliencia, los cuales son reconocidos por sus beneficios en el proceso de adaptación de las personas a eventos traumáticos (Prati & Pietrantoni, 2009; Littleton et al., 2007; Thompson et al., 2018).

Lo previamente señalado se vuelve fundamental para identificar los factores de riesgo y protección frente al desarrollo de sintomatología de TEPT que les permita a las personas un mejor manejo de futuras problemáticas de salud. Tras este contexto de pandemia, se vuelve indispensable que la población no solamente pueda hacer uso de estrategias orientadas a aminorar sus niveles de estrés y angustia, sino que también les permita hacer una reflexión de los cambios positivos frente a la COVID-19, de modo que puedan experimentar una mayor apreciación de su propia vida y relación con otros significativos.

Referencias

- Akbar, Z., & Witruk, E. (2016). Coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 1036-1043. https://www.researchgate.net/publication/293804507_Coping_Mediates_the_Relationship_Between_Gender_and_Posttraumatic_Growth.
- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of gerontology*, 46(4), 174-180. <https://academic.oup.com/geronj/article-abstract/46/4/P174/530471>.
- Aldwin, C. M., Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M., et al. (2011). Coping and self-regulation across the life span. In K. Fingerman, C. Berg, J. Smith, & T. Antonucci (Eds.), *Handbook of Life-Span Development* (pp. 561–87). Springer Pub. Co.
- Amass, T., Van Scoy, L. J., Hua, M., Ambler, M., Armstrong, P., Baldwin, M. R., ... & Curtis, J. R. (2022). Stress-related disorders of family members of patients admitted to the intensive care unit with COVID-19. *JAMA internal medicine*, 182(6), 624-633. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2791664>.
- Arias, P. R. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de crecimiento postraumático en población ecuatoriana. *Revista Evaluar*, 17(2), 67-80. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/18722>.
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour research and therapy*, 50(10), 610-616. <https://psycnet.apa.org/record/2012-24120-005>.
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis Modificación Conducta*, 27(114), 581-604. https://www.researchgate.net/publication/39148561_Propiedades_psicométricas_de_la_version_espanola_de_la_escalarevisada_de_impacto_del_estresor_eie-r.
- Barra, E. (2003). Estrés y Salud. En E. Barra (Ed). *Psicología de la Salud* (17-37). Editorial Mediterráneo.
- Beck, K., Vincent, A., Becker, C., Keller, A., Cam, H., Schaefer, R., ... & Hunziker, S. (2021). Prevalence and factors associated with psychological burden in COVID-19 patients and their relatives: A prospective observational cohort study. *Plos one*, 16(5), 1-30. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250590>.

- Berger, R. (2015). *Stress, trauma, and posttraumatic growth: Social context, environment, and identities*. Routledge.
- Bernotaitė, L. & Malinauskienė, V. (2016). The Impact of Event Scale–Revised: psychometric properties of the Lithuanian version in a sample of employees exposed to workplace bullying. *Acta medica Lituanica*, 23(3), 185-192. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287992/>.
- Breslau, N. (2012). Epidemiology of posttraumatic stress disorder in adults. In J. G. Beck & D. M. Sloan (Eds.), *The Oxford handbook of traumatic stress disorders* (pp. 84–97). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399066.013.0007>.
- Bridgland, V. M., Moeck, E. K., Green, D. M., Swain, T. L., Nayda, D. M., Matson, L. A., ... & Takarangi, M. K. (2021). Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PLoS One*, 16(1), 1-15. <https://journals.plos.org/plosone/article/comments?id=10.1371/journal.pone.0240146>.
- Brooks, M., Graham-Kevan, N., Robinson, S., & Lowe, M. (2019). Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts, and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 232–238. <https://doi.org/10.1037/tra0000372>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608>.
- Caamaño, L., Fuentes, D., González, L., Melipillán, R., Sepúlveda, M., & Valenzuela, E. (2011). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista médica de Chile*, 139(9), 1163-1168. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872011000900008&script=sci_arttext&tlng=p.
- Cadell, S., Suarez, E., & Hemsworth, D. (2015). Reliability and validity of a French version of the posttraumatic growth inventory. *Open Journal of Medical Psychology*, 4, 53-65. https://www.scirp.org/html/5-2250119_55729.htm.
- Carver, C., Kumari, J. & Scheier, M. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2926629/>.

- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, *61*, 679-704. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.093008.100352>.
- Cassaretto, M. & Chau. C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *2(42)*, 95-109. <https://www.redalyc.org/journal/4596/459653216010/movil/>.
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (24 de mayo de 2023). *Situación del COVID-19 en el Perú 2021-2022:24 de mayo*. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus240523.pdf>
- Cheng, C., & Cheung, M. W. (2005). Cognitive processes underlying coping flexibility: Differentiation and integration. *Journal of personality*, *73(4)*, 859-886. [Cognitive Processes Underlying Coping Flexibility: Differentiation and Integration - Cheng - 2005 - Journal of Personality - Wiley Online Library](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2005.01402.x).
- Cheng, C., Lau, H. P. B., & Chan, M. P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *140(6)*, 1582-1607. <https://psycnet.apa.org/record/2021-47823-001>.
- Christiansen, D. M., & Hansen, M. (2015). Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *European journal of psychotraumatology*, *6(1)*, 1-10. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v6.26068>.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of personality and social psychology*, *93(6)*, 1080–1107. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/0022-3514.93.6.1080>.
- Craparo, G., Faraci, P., Rotondo, G., & Gori, A. (2013). The Impact of Event Scale–Revised: psychometric properties of the Italian version in a sample of flood victims. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *9*, 1427-1432. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788700/>.
- Craparo, G., La Rosa, V. L., Marino, G., Vezzoli, M., Cinà, G. S., Colombi, M., ... & Mangiapane, E. (2022). Risk of post-traumatic stress symptoms in hospitalized and non-hospitalized COVID-19 recovered patients. A cross-sectional study. *Psychiatry research*, *30*, 834-846. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121006478>.

- Dehelean, L., Papava, I., Musat, M. I., Bondrescu, M., Bratosin, F., Bucatos, B. O., ... & Laza, R. (2021). Coping Strategies and Stress Related Disorders in Patients with COVID-19. *Brain Sciences*, *11*(10), 1-14. <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/10/1287>.
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, *11*(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.11.1.127>.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(1), 94-101. <https://psycnet.apa.org/record/2011-06453-001>.
- Eid, J., Larsson, G., Johnsen, B. H., Laberg, J. C., Bartone, P. T., & Carlstedt, B. (2009). Psychometric properties of the Norwegian Impact of Event Scale-Revised in a non-clinical sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *63*(5), 426-432. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08039480903118190>.
- Esparza-Baigorri, T., de Figueroa, N. L., & Martínez-Terrer, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y Estrés*, *22*(2-3), 97-103. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793716300240>.
- Ficková, E. (2005). Coping scales for adults: Psychometric relationships. *Studia Psychologica*, *47*(4), 309-317. https://www.studiapsychologica.com/uploads/FICKOVA_04_vol.47_2005_pp.309-317.pdf.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol.*, *55*, 745-774. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14744233/>.
- Gargurevich, R., Luyten, P., Fils, J. F., & Corveleyn, J. (2009). Factor structure of the Impact of Event Scale-Revised in two different Peruvian samples. *Depression and anxiety*, *26*(8), 91-98. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.20430>.
- Gargurevich, R. (2016). *Need satisfaction and posttraumatic growth after trauma in Peru*. Poster presentado en The 6th International Conference of Self-Determination Theory, Victoria, Canadá.
- García, F. E., Solar, F. C., & Melipillán, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología*, *30*(2), 143-151. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243033029007.pdf>.

- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(4), 351-359. <https://doi.org/10.1080/10615800500392732>.
- Goldzweig, G., Andritsch, E., Hubert, A., Walach, N., Perry, S., Brenner, B., & Baider, L. (2009). How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(8), 866-874. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.1499>.
- Glowacz, F., & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown: the young adults most at risk. *Psychiatry research*, 293, 1-4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120331474>.
- Gul, E., & Karanci, A. N. (2017). What determines posttraumatic stress and growth following various traumatic events? A study in a Turkish community sample. *Journal of traumatic stress*, 30(1), 54-62. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.22161>.
- Gurvich, C., Thomas, N., Thomas, E. H., Hudaib, A. R., Sood, L., Fabiatos, K., ... & Kulkarni, J. (2021). Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 540-549. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764020961790>.
- Hannum, J. W., Giese-Davis, J., Harding, K., & Hatfield, A. K. (1991). Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9(2), 1-20. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J077v09n02_01.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816. <https://psycnet.apa.org/record/2006-13014-002>.
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 1-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468749920300764>.
- Hong, S., Kim, H., & Park, M. K. (2021). *Impact of COVID-19 on post-traumatic stress symptoms in the general population: An integrative review*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 834-846. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inm.12875>.
- Hooper, J., Magor-Blatch, L. E., & Bhullar, N. (2018). Life after bushfire: Post-traumatic stress, coping and post-traumatic growth. *Australasian Journal of Paramedicine*, 15(3), 1-10. <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=5260&context=sspapers>.

- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218. <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html?id=58a0cd8acbd5c278c7575704&assetKey=AS%3A461046189170690%401486933385906>.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I., & Vukmirović, Ž. (1999). The structure of coping styles: A comparative study of Croatian sample. *European Journal of Personality*, 13(2), 149-161. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199903/04\)13:2%3C149::AID-PER326%3E3.0.CO;2-Z](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1099-0984(199903/04)13:2%3C149::AID-PER326%3E3.0.CO;2-Z).
- Hyun, S., Wong, G. T. F., Levy-Carrick, N. C., Charmaraman, L., Cozier, Y., Yip, T., & Liu, C. H. (2021). Psychosocial correlates of posttraumatic growth among US young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 302, 1-20. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121003322>.
- Ingledeu, D. K., Hardy, L., Cooper, C.L., & Jemal, H. (2013). Health behaviors reported as coping strategies: A factor analytical study. En C. Cooper (Ed.). *From stress to well-being. Vol 2: Stress management and enhancing well-being*, (pp. 62-84). Palgrave-McMillan Ed.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(10), 911-920. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.1026>.
- Jafri, M. R., Zaheer, A., Fatima, S., Saleem, T., & Sohail, A. (2022). Mental health status of COVID-19 survivors: a cross sectional study. *Virology journal*, 19(1), 1-5. <https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-021-01729-3>.
- Jin, Y., Xu, J., Liu, H., & Liu, D. (2014). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: Prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 67-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24506990/>.
- Johns Hopkins University & Medicine (2022). *Coronavirus Resource Center: Global Map*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.). (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. John Wiley & Sons.

- Kalaitzaki, A., Tsouvelas, G., Tamiolaki, A., & Konstantakopoulos, G. (2022). Post-traumatic stress symptoms during the first and second COVID-19 lockdown in Greece: Rates, risk, and protective factors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 153-166. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12945>.
- Kallasmaa, T. y Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29(5), 881-894. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886999002408>.
- Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. *Psychiatry research*, 295, 1-5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178120332595>.
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Alhuwailah, A., Sous, M. S. F., ...& Jamil, H. J. (2021). 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, 1-20. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-021-00577-0>.
- Kline, R. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3era ed.). Guilford Press.
- Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2018). Coping and posttraumatic growth: A longitudinal comparison of two alternative views. *Rehabilitation psychology*, 63(2), 240-249. <https://psycnet.apa.org/record/2018-26104-006>.
- Labouvie-Vief, G., & Blanchard-Fields, F. (1982). Cognitive Ageing and Psychological Growth. *Ageing and Society*, 2(2), 183-209. <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/cognitive-ageing-and-psychological-growth/1813377A8690750CC4666D744A79FF55>.
- Lazarus, R. & Folkman, R. S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company Inc.
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 977-988. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18157893/>.
- Liao, Z., Zhang, X., Wang, Y., Wang, T., Li, X., Zhao, M., & Zhuang, Q. (2021). Delayed-onset PTSD and coping strategies of chinese college students during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Sociology*, 6, 1-10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.734738/full>.

- Liu, A. N., Wang, L. L., Li, H. P., Gong, J., & Liu, X. H. (2017). Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: A meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(5), 380-389. https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2017/05000/Correlation_Between_Posttraumatic_Growth_and.7.aspx.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 287, 1-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517812030545X>.
- Ma, Y. F., Li, W., Deng, H. B., Wang, L., Wang, Y., Wang, P. H., ... & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *Journal of affective disorders*, 275, 145-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.033>.
- Malhotra, M., & Chebiyan, S. (2016). Posttraumatic growth: Positive changes following adversity-an overview. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 6(3), 109-118. https://www.researchgate.net/profile/Suma-Chebiyyam/publication/302504970_Posttraumatic_Growth_Positive_Changes_Following_Adversity_-_An_Overview/links/5730c36708ae6cca19a1f321/Posttraumatic-Growth-Positive-Changes-Following-Adversity-An-Overview.pdf.
- Márquez-González, M., Cheng, S., & Losada, A. (2019). Coping Mechanisms through Successful Aging. En R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, & J. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (pp. 401-425). Cambridge University Press.
- Messman, B. A., Rafiuddin, H. S., Slavish, D. C., Weiss, N. H., & Contractor, A. A. (2022). Examination of daily-level associations between posttraumatic stress disorder symptoms and COVID-19 worries. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(3), 497-506. <https://doi.org/10.1037/tra0001170>.
- Moran, S., Burker, E. J., & Schmidt, J. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder in veterans. *Journal of Rehabilitation*, 79(2), 34-43. <https://www.proquest.com/openview/59ac6d155309c7993fac88bea6dc263e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=37110>.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *Journal of Pain and*

- Symptom Management*, 33(4), 454-461.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392407000383>.
- 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>.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>.
- Organización Mundial de la Salud (2023, 5 de mayo). *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero el COVID continúa*. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2023/05/1520732>
- Okafor, C. N., Bautista, K. J., Asare, M., & Opara, I. (2022). Coping in the time of COVID-19: Buffering stressors with coping strategies. *Journal of Loss and Trauma*, 27(1), 83-91. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2021.1914987>.
- Palmer, G. A., Graca, J. J., & Occhietti, K. E. (2012). Confirmatory factor analysis of the Posttraumatic Growth Inventory in a veteran sample with posttraumatic stress disorder. *Journal of Loss and Trauma*, 17(6), 545-556.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2012.678779>.
- Pooley, J. A., Cohen, L., O'Connor, M., & Taylor, M. (2013). Posttraumatic stress and posttraumatic growth and their relationship to coping and self-efficacy in Northwest Australian cyclone communities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 392-399. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/a0028046>.
- 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://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15325020902724271>.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2014). Italian adaptation and confirmatory factor analysis of the full and the short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 12-22.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2012.734203>.
- Prieto-Ursúa, 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, 1-8. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567836.
- Quezada-Berumen, L., & González-Ramírez, M. T. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de crecimiento postraumático en población mexicana. *Acción Psicológica*, 17(1), 13-28. <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/25736>.

- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., ... & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036620302030>.
- Ren, X. S. (1997). Marital status and quality of relationships: The impact on health perception. *Social Science & Medicine*, 44(2), 241-249. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00158-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00158-X).
- Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghazadeh, A., & Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 282, 527-538. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503272033278X>.
- Silva, T. L. G. D., Ramos, V. G., Donat, J. C., Oliveira, F. R. D., Gauer, G., & Kristensen, C. H. (2018). Psychometric properties of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Brazilian university students. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40, 292-299. <https://www.scielo.br/j/trends/a/37XxprXcvsHDLYhwyYYSGgD/abstract/?lang=en&format=html>.
- Shamblaw, A. L., Rumas, R. L., & Best, M. W. (2021). Coping during the COVID-19 pandemic: Relations with mental health and quality of life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 62(1), 92-100. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/cap0000263>.
- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., ... & Eisner, M. (2020). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological medicine*, 52(5), 824-833. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/emotional-distress-in-young-adults-during-the-covid19-pandemic-evidence-of-risk-and-resilience-from-a-longitudinal-cohort-study/BD42C8C4EDFEEC6255554B195EA4ADED>.
- Schuettler, D., & Boals, A. (2011). The path to posttraumatic growth versus posttraumatic stress disorder: Contributions of event centrality and coping. *Journal of Loss and Trauma*, 16(2), 180-194. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2010.519273>.

- Sim, K., Chan, Y. H., Chong, P. N., Chua, H. C., & Soon, S. W. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of psychosomatic research*, 68(2), 195-202. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399909001330>.
- Studley, B., & Chung, M. C. (2014). Posttraumatic Stress and Well-Being Following Relationship Dissolution: Coping, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms From Past Trauma, and Traumatic Growth. *Journal of Loss and Trauma*, 20(4), 317-335. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15325024.2013.877774>.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216-269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12696840/>.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health psychology*, 4(3), 249-288. <https://psycnet.apa.org/record/1986-20250-001>.
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., ... & Liu, W. (2021). Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 283, 123-129. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721000677>.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 1-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1.
- Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(6), 799-811. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.20185>.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8827649/>.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18. <https://www.jstor.org/stable/20447194>.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.

- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., & Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 153-159. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271632417X>.
- Toussaint, L., Cheadle, A., Dezutter, J., & Williams, D. R. (2021). Late Adulthood, COVID-19-Related Stress Perceptions, Meaning in Life, and Forgiveness as Predictors of Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychology*, 12, 1-11. [10.3389/fpsyg.2021.731017](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.731017).
- Twenge, J. M., & Joiner, T. E. (2020). Mental distress among US adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Psychology*, 76(12), 2170-2182. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.23064>.
- Umucu, E., & Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation psychology*, 65(3), 193-198. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Frep0000328>.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of women quarterly*, 34(1), 110-120. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x>.
- Volk, A. A., Brazil, K. J., Franklin-Luther, P., Dane, A. V., & Vaillancourt, T. (2021). The influence of demographics and personality on COVID-19 coping in young adults. *Personality and Individual Differences*, 168, 1-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886920305894>.
- Wang, L., Zhang, J., Shi, Z., Zhou, M., Huang, D., & Liu, P. (2011). Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms assessed by the Impact of Event Scale-Revised in Chinese earthquake victims: Examining factor structure and its stability across sex. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 369-375. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618510002161>.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. En J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399–411). Guilford Press.
- Wild, N. D., & Paivio, S. C. (2004). Psychological adjustment, coping, and emotion regulation as predictors of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(4), 97-122. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J146v08n04_05.

- Willi, S., Lüthold, R., Hunt, A., Hänggi, N. V., Sejdiu, D., Scaff, C., ... & Schlagenhauf, P. (2021). COVID-19 sequelae in adults aged less than 50 years: a systematic review. *Travel medicine and infectious disease*, 40, 1-10. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S1477893921000363/pdf>.
- Yan, S., Xu, R., Stratton, T. D., Kavcic, V., Luo, D., Hou, F., ... & Jiang, Y. (2021). Sex differences and psychological stress: responses to the COVID-19 pandemic in China. *BMC public health*, 21(1), 1-8. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-10085-w>.
- Yeung, N. C., Lu, Q., Wong, C. C., & Huynh, H. C. (2016). The roles of needs satisfaction, cognitive appraisals, and coping strategies in promoting posttraumatic growth: A stress and coping perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 284-292. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/tra0000091>.
- Yıldırım, M., Akgül, Ö., & Geçer, E. (2022). The effect of COVID-19 anxiety on general health: The role of COVID-19 coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(2), 1110-1121. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-020-00429-3>.
- Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., ... & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC psychiatry*, 20, 1-11. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-020-02826-3>.
- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Jen, H. J., Pien, L. C., Tsai, H. T., ... & Chou, K. R. (2022). Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 126, 1-18. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748921002819>.
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 1-12. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2381>.

Apéndices

Apéndice A: Características sociodemográficas

Características sociodemográficas de la muestra

| Variables | <i>f</i> | % | Variables | <i>f</i> | % | | |
|----------------------|--------------------|------------|-----------|-----------------------|-----------------|-----------|------|
| Edad | 18-25 | 57 | 49.1 | Pareja | Si | 42 | 36.2 |
| | 26-35 | 21 | 18.1 | | No | 74 | 63.8 |
| | 36-45 | 17 | 14.7 | Estado civil | Soltero/a | 91 | 78.4 |
| | 46-55 | 16 | 13.8 | | Casado/a | 19 | 16.4 |
| | 56-60 | 5 | 4.3 | | Conviviente | 4 | 3.4 |
| Sexo | Mujer | 79 | 68.1 | Divorciado/a | 1 | 0.9 | |
| | Hombre | 35 | 30.2 | Separado/a | 1 | 0.9 | |
| | No desea responder | 2 | 1.7 | No labora actualmente | 34 | 29.3 | |
| Lugar de Residencia | Lima Metropolitana | 106 | 91.4 | Situación laboral | Empleo informal | 18 | 15.5 |
| | Lima Provincias | 4 | 3.4 | | Empleo formal | 64 | 55.2 |
| | Otras provincias | 6 | 5.2 | | | | |
| Grado de instrucción | Hasta secundaria | 10 | 8.6 | | | | |
| | Técnico | 15 | 12.9 | | | | |
| | Superior | 91 | 78.4 | | | | |
| Edad | <i>Mín</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>Mo</i> | <i>DE</i> | |
| | 18 | 60 | 31.71 | 26 | 23 | 12.15 | |

Apéndice B: Características COVID-19*Características asociadas a la COVID-19 de la muestra*

| Variables | | <i>f</i> | % | Variables | | <i>f</i> | % |
|---------------------------------------------------|----|----------|-------|-------------------------------|---------|----------|------|
| Recibió diagnóstico positivo | Si | 45 | 38.8 | Vacunado contra la enfermedad | Si | 113 | 97.4 |
| | No | 71 | 61.2 | | No | 3 | 2.6 |
| Conocidos contagiados | Si | 100 | 86.2 | Nº conocidos contagiados | Ninguno | 12 | 10.3 |
| | No | 16 | 13.8 | | 1 a 5 | 60 | 51.7 |
| Convivencia con alguien contagiado de la COVID-19 | Si | 71 | 61.2% | 6 a 10 | 20 | 17.2 | |
| | No | 45 | 38.8% | Más de 10 | 24 | 20.7 | |



Apéndice C: Consentimiento Informado

Estimado/a participante: Se solicita su colaboración para participar en la investigación dirigida por Marjorie Ortiz Mosquera, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El estudio se está llevando a cabo para la obtención de la licenciatura, y es asesorado por la Dra. Mónica Cassaretto Bardales.

El objetivo de la investigación es conocer su experiencia tras la llegada de la pandemia por la COVID-19 y las consecuencias que esto le puede haber ocasionado. Se le pedirá que responda un cuestionario que tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Para participar tome en cuenta lo siguiente:

- ✓ Debe tener entre 18 y 60 años de edad.
- ✓ Debe residir en el Perú
- ✓ Actualmente no debe experimentar síntomas asociados a la COVID-19 (ej. fiebre, tos, dolor de garganta, fatiga, pérdida del gusto o olfato) y/o ser diagnóstico positivo de la enfermedad.

Debido a que su participación es voluntaria y anónima, puede abstenerse de responder y dar por terminada la prueba en cualquier momento, sin que esto represente consecuencia alguna. Se garantiza que la información brindada será resguardada y almacenada en una PC personal (con contraseña) por tiempo indefinido, al que solo accederán las personas a cargo del estudio. Asimismo, los hallazgos no serán utilizados para ningún otro propósito fuera de los alcances académicos.

Si tuviera alguna duda y/o quisiera conocer los resultados de la investigación una vez finalizada, se podrá contactar al correo de la investigadora Marjorie Ortiz (rosalyn.ortiz@pucp.edu.pe) o la asesora Dra. Mónica Cassaretto Bardales (mcassar@pucp.edu.pe).

Desde ya agradezco su participación.

¿Desea participar de la investigación?

SI

NO

Apéndice D: Ficha de Datos Sociodemográficos**Datos personales:**

1. Edad: *[Se despliegan opciones de 18 a 60 años]*
2. Sexo:
 - Mujer
 - Hombre
 - No deseo responder
3. Lugar de residencia:
 - Lima Metropolitana
 - Lima Provincias
 - Otras provincias
4. Grado de Instrucción:
 - Primaria incompleta
 - Primaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Técnica incompleta
 - Técnica completa
 - Superior incompleta
 - Superior completa
 - Máster/Doctorado
5. Estado civil actual:
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Conviviente
 - Divorciado/a
 - Separado/a
 - Viudo/a
6. ¿Tiene pareja actualmente?
 - Si
 - No
7. Situación laboral actual
 - Empleo formal
 - Empleo informal
 - No laboro actualmente
8. ¿Profesa alguna religión?
 - Si
 - No

Situación COVID-19

9. ¿Tiene algún familiar o persona cercana que se haya contagiado de la COVID-19?
 - Si

- No

Si se obtiene una respuesta afirmativa:

- Diga un número aproximado de la cantidad de personas cercanas a usted que se hayan contagiado de COVID-19:

10. ¿Ha convivido usted con alguien contagiado/a de COVID-19?

- Si
- No

11. ¿Se ha vacunado contra la COVID-19?

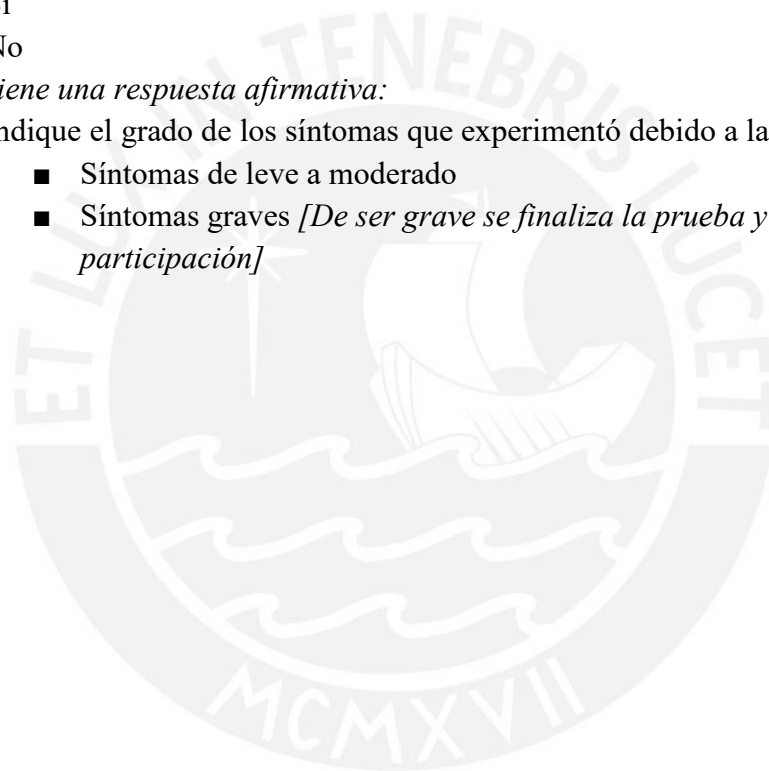
- Si
- No

12. En el pasado, ¿ha sido diagnosticado con COVID-19 positivo?

- Si
- No

Si se obtiene una respuesta afirmativa:

- Indique el grado de los síntomas que experimentó debido a la COVID-19:
 - Síntomas de leve a moderado
 - Síntomas graves [*De ser grave se finaliza la prueba y se le agradece su participación*]



Apéndice E: Confiabilidad de la escala COPE-60*Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del COPE-60*

| Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina un ítem | Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina un ítem |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Afrontamiento activo $\alpha = .59$ | | | Desentendimiento mental $\alpha = .64$ | | |
| Ítem 5 | .40 | .49 | Ítem 2 | .34 | .62 |
| Ítem 25 | .19 | .65 | Ítem 16 | .35 | .62 |
| Ítem 47 | .52 | .38 | Ítem 31 | .50 | .51 |
| Ítem 58 | .39 | .50 | Ítem 43 | .49 | .51 |
| Planificación $\alpha = .78$ | | | Desentendimiento conductual $\alpha = .58$ | | |
| Ítem 19 | .58 | .116 | Ítem 9 | .36 | .51 |
| Ítem 32 | .67 | .116 | Ítem 24 | .35 | .52 |
| Ítem 39 | .62 | .116 | Ítem 37 | .44 | .47 |
| Ítem 56 | .48 | .116 | Ítem 51 | .33 | .54 |
| Contención del afrontamiento $\alpha = .60$ | | | Negación $\alpha = .65$ | | |
| Ítem 10 | .32 | .58 | Ítem 6 | .30 | .68 |
| Ítem 22 | .30 | .59 | Ítem 27 | .52 | .53 |
| Ítem 41 | .45 | .47 | Ítem 40 | .47 | .56 |
| Ítem 49 | .46 | .47 | Ítem 57 | .47 | .56 |
| Reinterpretación positiva y crecimiento $\alpha = .71$ | | | Afrontamiento religioso $\alpha = .93$ | | |
| Ítem 1 | .45 | .67 | Ítem 7 | .88 | .89 |
| Ítem 29 | .54 | .61 | Ítem 18 | .89 | .88 |
| Ítem 38 | .43 | .68 | Ítem 48 | .78 | .93 |
| Ítem 59 | .56 | .61 | Ítem 60 | .78 | .92 |
| Aceptación $\alpha = .71$ | | | Uso del humor $\alpha = .89$ | | |
| Ítem 13 | .59 | .58 | Ítem 8 | .55 | .94 |
| Ítem 21 | .55 | .61 | Ítem 20 | .77 | .86 |
| Ítem 44 | .52 | .63 | Ítem 36 | .85 | .83 |
| Ítem 54 | .33 | .74 | Ítem 50 | .90 | .81 |
| Enfocar y liberar emociones $\alpha = .74$ | | | Uso de Substancias $\alpha = .79$ | | |
| Ítem 3 | .58 | .67 | Ítem 12 | .61 | .74 |
| Ítem 17 | .51 | .70 | Ítem 26 | .55 | .77 |
| Ítem 28 | .40 | .77 | Ítem 35 | .55 | .77 |
| Ítem 46 | .69 | .59 | Ítem 53 | .72 | .68 |
| Búsqueda de SS razones instrumentales $\alpha = .77$ | | | Búsqueda de SS razones emocionales $\alpha = .82$ | | |
| Ítem 4 | .48 | .76 | Ítem 11 | .71 | .74 |
| Ítem 14 | .67 | .66 | Ítem 23 | .73 | .73 |
| Ítem 30 | .55 | .72 | Ítem 34 | .46 | .86 |
| Ítem 45 | .59 | .70 | Ítem 52 | .68 | .75 |

Supresión de actividades competentes

| | $\alpha = .46$ | |
|---------|----------------|-----|
| Ítem 15 | .08 | .55 |
| Ítem 33 | .39 | .25 |
| Ítem 42 | .23 | .41 |
| Ítem 55 | .36 | .28 |



Apéndice F:

Confiabilidad de la escala de estrés postraumático

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del EIE-RP

| Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina un ítem | Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina un ítem |
|----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| EIE-RP $\alpha= .95$ | | | Intrusión $\alpha= .92$ | | |
| Ítem 1 | .75 | .95 | Ítem 1 | .77 | .90 |
| Ítem 2 | .60 | .95 | Ítem 3 | .73 | .91 |
| Ítem 3 | .69 | .95 | Ítem 6 | .72 | .91 |
| Ítem 4 | .59 | .95 | Ítem 9 | .71 | .91 |
| Ítem 5 | .63 | .95 | Ítem 14 | .77 | .90 |
| Ítem 6 | .71 | .95 | Ítem 16 | .84 | .90 |
| Ítem 7 | .22 | .95 | Ítem 20 | .71 | .91 |
| Ítem 8 | .69 | .95 | Evitación $\alpha= .88$ | | |
| Ítem 9 | .69 | .95 | Ítem 5 | .64 | .86 |
| Ítem 10 | .77 | .95 | Ítem 7 | .25 | .89 |
| Ítem 11 | .71 | .95 | Ítem 8 | .72 | .85 |
| Ítem 12 | .66 | .95 | Ítem 11 | .76 | .85 |
| Ítem 13 | .57 | .95 | Ítem 12 | .66 | .86 |
| Ítem 14 | .78 | .95 | Ítem 13 | .63 | .86 |
| Ítem 15 | .68 | .95 | Ítem 17 | .70 | .85 |
| Ítem 16 | .84 | .95 | Ítem 22 | .71 | .85 |
| Ítem 17 | .74 | .95 | Hiperactividad $\alpha=.86$ | | |
| Ítem 18 | .68 | .95 | Ítem 4 | .66 | .84 |
| Ítem 19 | .73 | .95 | Ítem 10 | .72 | .82 |
| Ítem 20 | .69 | .95 | Ítem 18 | .72 | .82 |
| Ítem 21 | .66 | .95 | Ítem 19 | .65 | .84 |
| Ítem 22 | .67 | .95 | Ítem 21 | .65 | .84 |
| | | | Desorden del sueño $\alpha= .84$ | | |
| | | | Ítem 2 | .74 | |
| | | | Ítem 15 | .74 | |

Apéndice G:

Confiabilidad de la escala de crecimiento postraumático (PTGI)

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Ítem-Test Corregidas del PTGI

| Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina un ítem | Ítems | Correlación ítem-test corregida | Alfa si se elimina un ítem |
|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| PTGI $\alpha = .97$ | | | Fortaleza personal $\alpha = .88$ | | |
| Ítem 1 | .77 | .97 | Ítem 4 | .56 | .92 |
| Ítem 2 | .80 | .97 | Ítem 12 | .81 | .83 |
| Ítem 3 | .70 | .97 | Ítem 10 | .82 | .82 |
| Ítem 4 | .58 | .97 | Ítem 19 | .81 | .82 |
| Ítem 5 | .60 | .97 | Mayor valoración de las relaciones interpersonales $\alpha = .94$ | | |
| Ítem 6 | .75 | .97 | Ítem 6 | .76 | .93 |
| Ítem 7 | .82 | .97 | Ítem 8 | .80 | .93 |
| Ítem 8 | .78 | .97 | Ítem 9 | .75 | .93 |
| Ítem 9 | .78 | .97 | Ítem 15 | .75 | .93 |
| Ítem 10 | .82 | .97 | Ítem 16 | .89 | .92 |
| Ítem 11 | .86 | .97 | Ítem 20 | .79 | .93 |
| Ítem 12 | .85 | .97 | Ítem 21 | .81 | .93 |
| Ítem 13 | .82 | .97 | Reconocimiento de nuevas posibilidades $\alpha = .90$ | | |
| Ítem 14 | .69 | .97 | Ítem 3 | .68 | .90 |
| Ítem 15 | .82 | .97 | Ítem 7 | .84 | .86 |
| Ítem 16 | .89 | .97 | Ítem 11 | .83 | .87 |
| Ítem 17 | .87 | .97 | Ítem 14 | .65 | .91 |
| Ítem 18 | .60 | .97 | Ítem 17 | .82 | .87 |
| Ítem 19 | .84 | .97 | Apreciación por la vida $\alpha = .88$ | | |
| Ítem 20 | .79 | .97 | Ítem 1 | .71 | .86 |
| Ítem 21 | .80 | .97 | Ítem 2 | .83 | .76 |
| | | | Ítem 13 | .74 | .84 |
| | | | Cambio espiritual $\alpha = .85$ | | |
| | | | Ítem 5 | .74 | |
| | | | Ítem 18 | .74 | |

Apéndice H: Prueba de normalidad*Prueba de normalidad*

| | Kolgomorov-Smirnov | | | Asimetría | Curtosis |
|----------------------------------------------------|--------------------|-----|------|-----------|----------|
| | Estadístico | gl | Sig. | | |
| Afrontamiento activo | .13 | 116 | .00 | -.14 | .43 |
| Planificación | .12 | 116 | .00 | -.38 | .18 |
| Contención del afrontamiento | .11 | 116 | .00 | .16 | .19 |
| Reinterpretación positiva y crecimiento | .11 | 116 | .00 | -.46 | .38 |
| Aceptación | .01 | 116 | .01 | .03 | -.52 |
| Enfocar y liberar emociones | .11 | 116 | .00 | .49 | .06 |
| Búsqueda de SS instrumental | .13 | 116 | .00 | -.03 | .02 |
| Búsqueda de SS emocional | .01 | 116 | .01 | -.02 | -.59 |
| Desentendimiento mental | .13 | 116 | .00 | .04 | -.32 |
| Desentendimiento conductual | .14 | 116 | .00 | .74 | .62 |
| Negación | .23 | 116 | .00 | 1.46 | 1.82 |
| Afrontamiento religioso | .18 | 116 | .00 | -.07 | -.84 |
| Uso del humor | .18 | 116 | .00 | .94 | .56 |
| Uso de Substancias | .51 | 116 | .00 | 3.23 | 9.49 |
| Kolgomorov-Smirnov | | | | | |
| | Estadístico | gl | Sig. | Asimetría | Curtosis |
| EIE-RP total | .14 | 116 | .00 | 1.51 | 2.35 |
| Intrusión | .18 | 116 | .00 | 1.62 | 2.52 |
| Evitación | .16 | 116 | .00 | 1.24 | 1.23 |
| Hiperactividad | .15 | 116 | .00 | 1.3 | 1.4 |
| Desorden del sueño | .24 | 116 | .00 | 1.28 | 0.97 |
| Kolgomorov-Smirnov | | | | | |
| | Estadístico | gl | Sig. | Asimetría | Curtosis |
| PTGI total | .19 | 116 | .00 | -1.12 | .53 |
| Fortaleza personal | .16 | 116 | .00 | -1.9 | .35 |
| Mayor valoración de las relaciones interpersonales | .14 | 116 | .00 | -.94 | .02 |
| Reconocimiento de nuevas posibilidades | .18 | 116 | .00 | -.95 | .02 |
| Apreciación por la vida | .19 | 116 | .00 | -1.9 | .15 |
| Cambio espiritual | .16 | 116 | .00 | -.53 | -1.17 |

Apéndice I: Correlaciones totales

Correlaciones entre la sintomatología de estrés postraumático, crecimiento postraumático y las estrategias de afrontamiento

| | ACT | P | CA | RP | A | LE | SSI | SSE | DM | DC | N | R | H | S |
|----------------------------|--------|------|-------|-------|--------|--------|-------|------|--------|-------|--------|--------|------|-------|
| EIE | .15 | .10 | .28** | .20* | .18* | .35*** | .04 | .10 | .44*** | .25** | .50*** | -.05 | .12 | .11 |
| Intrusión | .18 | .15 | .28** | .23* | .17 | .35*** | .10 | .16 | .38*** | .22* | .46*** | -.06 | .15 | .07 |
| Evitación | .15 | .11 | .25** | .22* | .20* | .26** | .03 | .04 | .39*** | .22* | .49** | .04 | .11 | .07 |
| Hiperactividad | .09 | -.01 | .23* | .09 | .15 | .41*** | -.01 | .08 | .44*** | .30** | .37*** | -.14 | .08 | .18* |
| Desorden del sueño | .03 | .04 | .23* | .05 | .06 | .16 | -.03 | .04 | .34** | .13 | .40*** | -.04 | .04 | .09 |
| PTGI | .32*** | .09 | .27** | .25** | .27** | .08 | .25** | .11 | .25** | .07 | .16 | .18 | .06 | -.09 |
| Fortaleza personal | .36*** | .13 | .29** | .28** | .35*** | .14 | .26** | .11 | .33*** | .01 | .11 | .00 | .10 | -.09 |
| Relaciones interpersonales | .28** | .08 | .21* | .23* | .25** | .13 | .26** | .19* | .27** | .06 | .15 | .15 | .02 | -.04 |
| Nuevas posibilidades | .32*** | .06 | .29** | .20* | .27** | .07 | .24* | .04 | .26** | .09 | .15 | .07 | .12 | -.05 |
| Apreciación por la vida | .27** | .05 | .26** | .23* | .19* | .08 | .20* | .09 | .16 | .11 | .18* | .15 | .02 | -.08 |
| Cambio espiritual | .21* | .05 | .17 | .22* | .06 | -.15 | .13 | .02 | -.02 | .05 | .147 | .66*** | -.01 | -.22* |

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

Nota. EIE= Escala del Impacto del Evento Revisado, PTGI= Escala de Crecimiento Postraumático, ACT= Afrontamiento activo, P= Planificación, CA= Contención del afrontamiento, RP= Reinterpretación positiva y crecimiento, A= Aceptación, LE= Enfocar y liberar emociones, SSI= Búsqueda de SS razones instrumentales, SSE= Búsqueda de SS razones emocionales, DM= Desentendimiento Mental, DC= Desentendimiento conductual, N= Negación, R= Religión, H= Uso del Humor, S= Uso de sustancias.