



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales – Magíster en Psicología

Relación entre Crecimiento Postraumático, Afrontamiento y Rumiación

PAOLA ANDREA AVILES MALDONADO

CONCEPCIÓN-CHILE

2013

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN
EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Profesor Guía: Félix Cova Solar

Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Concepción

Agradecimientos

Agradezco a los participantes de este estudio por su generosa colaboración; al Profesor Felix Cova, por su orientación, conocimiento y apoyo; y a mi familia, quienes con amor, paciencia y contención, fueron el pilar fundamental de este desafío.



Resumen

El crecimiento postraumático CPT (en inglés posttraumatic growth, PTG) se refiere a cambios positivos que las personas experimentan como consecuencias de vivencias negativas extremas. La presente investigación tuvo como objetivo establecer las estrategias de afrontamiento y estilos rumiativos que se relacionaban al CPT en una muestra de 195 estudiantes de educación superior de distintas casas de estudio de Concepción. El diseño fue de tipo transversal y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron Inventario de Crecimiento Postraumático, Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, Escala de Respuesta Rumiativa y la subescala de rumiación deliberada del Inventario de Rumiación. La rumiación deliberada y las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, afrontamiento por religión y apoyo social mostraron relación con CPT. Inesperadamente, se observó también una relación débil, pero consistente, de CPT con expresión emocional abierta. Las relaciones más fuertes y consistentes fueron entre CPT y afrontamiento por religión y, especialmente, con rumiación deliberada.

Tal como se esperaba, rumiación deliberada se comportó de modo diferente a la rumiación negativa, que no mostró ninguna relación con CPT. Rumiación deliberada mostró ser también un factor diferente de la rumiación reflexiva.

Estos resultados confirman la relevancia que para muchas personas puede tener la religión y la búsqueda de apoyo social en la capacidad de extraer aprendizajes de experiencias dolorosas y, en particular, la relevancia que procesos cognitivos como la reevaluación positiva y la denominada rumiación deliberada en ese proceso.

Palabras Clave: Crecimiento postraumático, estilos rumiativos, estrategias de afrontamiento.



Abstract

The Posttraumatic Growth PTG refers to positive changes that people experience as a consequence of extremely negative life experiences. The objective of this research is to establish coping strategies and ruminative styles related to the PTG of a sample of 195 undergraduate students of different educational institution from Concepción. The design was cross-sectional and correlational. The instruments used were Posttraumatic Growth Inventory, Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento, Ruminative Response Scale and the deliberate rumination scale of the Rumination Inventory. The deliberate rumination and the coping strategies of positive reappraisal, the social support search, coping by religion and social support showed a relationship with PTG. Unexpectedly, it was observed a weak but consistent relationship between PTG and open emotional expression. The most consistent and strongest relationships were between PTG and coping by religion and, especially, with deliberate rumination.

As expected deliberate rumination and negative rumination behaved differently, since negative rumination showed no relationship with PTG. Deliberate rumination also showed to be very different from reflexive rumination.

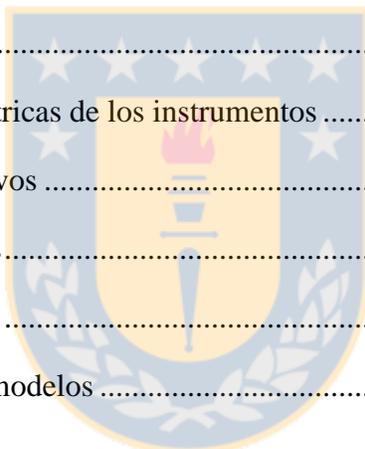
These results confirm how relevant religion and social support search are for many people at the moment of drawing lessons from painful experiences, especially the relevance of cognitive processes such as positive reappraisal and deliberate rumination in this process.

Keywords: Posttraumatic growth, coping strategies, ruminative style.

Índice

1.- Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	3
2.1. Crecimiento postraumático	3
2.1.1. Conceptos asociados a crecimiento postraumático	4
2.1.2. Modelos de crecimiento postraumático.....	6
2.1.3. Prevalencia, características del evento y crecimiento postraumático.....	8
2.1.4. Crecimiento postraumático y salud mental	10
2.1.5. Crecimiento postraumático y su relación con variables sociodemográficas y culturales.....	13
2.1.6. Crecimiento postraumático y su relación con variables de personalidad.....	16
2.1.7. Evaluación del crecimiento postraumático.....	17
2.2. Afrontamiento	20
2.2.1. Modelos de afrontamiento al estrés	20
2.2.2. Evaluación del afrontamiento.....	23
2.2.3. Afrontamiento e indicadores de salud y ajuste.....	25
2.2.4. Afrontamiento y crecimiento postraumático	28
2.3. Rumiación	32
2.3.1. Tipos de rumiación	34
2.3.2. Evaluación de la Rumiación.....	36
2.3.3. Rumiación y su relación con trastornos mentales	39
2.3.4. Relación entre crecimiento postraumático y rumiación	42
3. Problema de Investigación.....	46
3.1. Justificación.....	46

3.2. Objetivos	48
3.3. Hipótesis.....	48
4. Método	49
4.1. Diseño de la investigación	49
4.2. Participantes	49
4.3. Instrumentos	51
4.4. Procedimiento	54
4.5. Análisis de datos	55
4.6. Resguardos éticos.....	56
5. Resultados	57
5.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos	57
5.2. Estadísticos descriptivos	62
5.3. Relaciones bivariadas.....	64
5.4. Análisis multivariado	66
5.4.1 Comparación de modelos	68
6. Discusión y conclusión	71
Referencias.....	79
Anexo 1. Instrumentos	96
Anexo 2: Consentimiento informado.....	101



Índice de tablas

Tabla 1. Caracterización de la muestra.....	50
Tabla 2. Coeficientes de consistencia interna de CPI y CAE.....	57
Tabla 3. Análisis factorial exploratorio de las escalas de rumiación.....	60
Tabla 4. Ajuste factorial de estilos rumiativos en modelo de 3 factores	61
Tabla 5. Confiabilidad de escalas de rumiación	62
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de variables intervalare.....	62
Tabla 7. Caracterización del tipo de evento.....	63
Tabla 8. Coeficientes de correlación producto momento de Pearson entre las variables de estudio.....	65
Tabla 9. Resultados del análisis de regresión múltiple de CPT, estrategias de afrontamiento y rumiación.....	67
Tabla 10. Resultados del análisis de regresión múltiple sobre CPT de las estrategias de afrontamiento y rumiación de las hipótesis de investigación. Modelo 1	69
Tabla 11. Resultados del análisis de regresión múltiple sobre CPT de estrategias de afrontamiento y rumiación ausentes en las hipótesis de investigación. Modelo 2	69

1.- Introducción

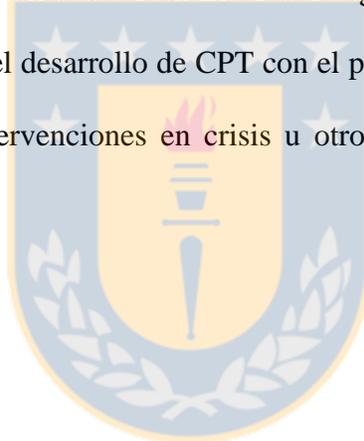
La vivencia de crisis es parte del ciclo vital. Algunas de éstas implican acontecimientos de alta intensidad emocional, que pueden conllevar traumas con sus potenciales efectos adversos a corto, mediano y largo plazo en la vida de las personas. Sin embargo, la tendencia a centrarse solo en las consecuencias negativas de crisis y traumas ha dejado de ser el enfoque hegemónico de las investigaciones (Folkman, 2008; Tedeschi y Calhoun, 1996; Vera, Carbelo y Vecina, 2006). Con el desarrollo investigativo enmarcado en la psicología positiva, se ha dado énfasis al estudio de las consecuencias positivas que una persona puede experimentar luego de vivenciar crisis.

Desde esta perspectiva han surgido conceptos como el de crecimiento postraumático CPT (en inglés posttraumatic growth PTG), que nació del reconocimiento de que muchos protagonistas de experiencias traumáticas concluían que, a partir de la situación aversiva, identificaban áreas de funcionamiento personal mejores que antes de tener esa experiencia (Tedeschi y Calhoun, 1996). Entre esas áreas se encontraban una mayor empatía, un sentimiento de ser “más humanos”, con más posibilidades de ayudar a otros que viven experiencias dolorosas, más cercanos a lo espiritual, entre otras consecuencias positivas descritas.

La investigación reciente sobre CPT ha volcado su foco de atención desde la prevalencia, validez de constructo y asociación con variables sociodemográficas, culturales, etc. hacia la búsqueda de los procesos cognitivos que estarían involucrados en

el desarrollo de este crecimiento (Walter y Bates, 2012). Resulta interesante conocer qué hacen las personas para concluir que tienen dividendos positivos luego del trauma. Los enfoques de estilos cognitivos han mostrado la relevancia de la forma en que se enfrentan los problemas a la hora de obtener conclusiones cargadas de afectividad positiva o bien, con menor intensidad de afectos negativos (Zoellner y Maerker, 2006). El tipo de rumia y el modo de enfrentar crisis se perfilan como variables explicativas del CPT en diversas investigaciones (Zoellner y Maerker, 2006).

La presente investigación busca identificar estrategias de afrontamiento y tipos de rumiación involucrados en el desarrollo de CPT con el propósito de sumar conocimiento empírico para sustentar intervenciones en crisis u otro tipo de apoyo a personas que sufren traumas.



2. Marco teórico

2.1. Crecimiento postraumático

Tradicionalmente la investigación sobre eventos traumáticos se ha centrado en sus efectos negativos y el estrés consecuente (Folkman, 2008; Park, Cohen y Murch 1996; Tedeschi y Calhoun, 1996; Vera et al., 2006). Seligman y Csikszentmihalyi (2000) han enfatizado en la importancia de investigar sobre los aspectos del ser humano que impactan favorablemente la calidad de vida y que le permiten prosperar al darle sentido a la vida. La psicología humanista fue precursora de ello, con autores como Maslow y Frankl, cimentando líneas teóricas en modelos de crecimiento personal y confianza en las capacidades de adaptación de las personas.

En la década del 80' y con un mayor énfasis en los 90's, Tedeschi y Calhoun sistematizaron la evidencia disponible sobre cambios psicológicos positivos que los sobrevivientes de traumas informaban a partir de vivencias adversas y propusieron el constructo de CPT. Para estos autores el CPT alude a un cambio positivo en al menos un área de la vida de las personas luego de vivir una situación traumática. Implica un aprendizaje que favorece la adaptación a situaciones estresantes futuras y es valorada como una mejora en dicha área (Tedeschi y Calhoun, 1996).

El concepto de crecimiento postraumático se sustenta en los relatos de personas que indican que la situación traumática las ha llevado a reflexionar sobre sus fortalezas

personales, sus valores o prioridades en la vida, sus creencias religiosas, aferrarse a la vida o darle un nuevo sentido. La experiencia de trauma es metafóricamente ilustrada como un terremoto. Luego del evento, la visión del mundo o los objetivos personales serían removidos a causa de la tragedia. Las personas reconstruirían o repararían las estructuras cognitivas utilizando nuevos “cimientos” que le permiten en lo inmediato reducir la angustia y el estrés, y posteriormente enfrentar nuevas crisis, por tanto, el cambio que ocurre como consecuencia del trauma estaría acompañado del estrés de reconstruir la forma de pensar. Una vez re-construida, se transformaría en un cambio permanente en el tiempo, permitiendo afrontar situaciones adversas futuras de forma más adaptativa (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004).

2.1.1. Conceptos asociados a crecimiento postraumático

Procesos semejantes o análogos a la noción de CPT han sido recogidos también bajo otras denominaciones, por ejemplo cambios psicológicos positivos, beneficios percibidos, crecimiento relacionado con estrés, búsqueda de significado, optimismo, apertura a la experiencia o emociones positivas (Cho y Park, 2013). La noción de CPT tiene como ventaja no focalizarse en un sólo ámbito, por ejemplo, en lo emocional, cognitivo, características de personalidad o características de las circunstancias (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004).

El crecimiento relacionado con el estrés hace referencia al reporte de resultados positivos a consecuencia de experimentar situaciones generadoras de estrés de diversa índole, por ejemplo, cambios de establecimiento educativo, problemas escolares, muerte de un ser querido, enfermedad, problemas familiares, separación de la pareja, entre otros. Los predictores del crecimiento relacionado con el estrés son similares a los encontrados en estudios de CPT: la religiosidad, la satisfacción con el apoyo social recibido, el grado de estrés que provoca el acontecimiento negativo, las estrategias de reinterpretación y aceptación del hecho y el número de eventos positivos ocurridos recientemente en la vida de la persona. Puede entenderse que el crecimiento relacionado con el estrés es un concepto más amplio que CPT, pues abarca estresores crónicos y no solo eventos traumáticos. De hecho, los límites entre estresores traumáticos y no traumáticos no están claramente establecidos; de hecho, el CPT ha sido también estudiado en poblaciones sometidas a estrés permanente y no necesariamente “traumatizadas” (Park et al. 1996).

El modelo de Affleck y Tennen (1996), quienes desarrollan el concepto de benefit-finding, plantea que durante las situaciones adversas las personas hacen esfuerzos particulares e intencionales por recordar los beneficios que esta situación les puede traer y con ello consiguen manejar el estrés subsecuente. Varios reportes afirman que la mayoría de las personas logran identificar consecuencias positivas luego de vivir traumas (ver por ejemplo Frazier, Conlon y Glaser, 2001; Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004), confirmándose los hallazgos en muestras de diversas culturas (Ho, Chan, Ho, 2004; Schroevers y Teo, 2008).

El CPT posee también aspectos en común con el concepto de resiliencia. Una diferencia entre ambos conceptos radica en el que el primero implica que la persona desarrolla una mayor capacidad de adaptación ante situaciones adversas futuras, en contraste a la resiliencia que implica el retorno al funcionamiento previo a la situación adversa (Tedeschi y Calhoun, 1996; Vera et al., 2006).

2.1.2. Modelos de crecimiento postraumático

El CPT es uno de los términos más utilizados para referir sobre consecuencias positivas luego del trauma. El desarrollo teórico y empírico del concepto se basó en el modelo de Janoff-Bulman. A partir de este modelo se desarrollaron las investigaciones de Tedeschi y Calhoun (1996, 2004), quienes formularon el modelo transformacional del crecimiento. Por su parte, Joseph y Linley (2006) propusieron la teoría de la valoración orgánica. En este modelo, el estrés postraumático es visto con un indicador de procesos cognitivos normales y que tienen el potencial para originar el crecimiento (Joseph y Butler, 2010).

Se distinguen dos enfoques de conceptualización del CPT (Zoellner y Maerckel, 2006): como una estrategia de afrontamiento frente a un evento doloroso (Affleck y Tennen, 1996) o como el resultado de dicha vivencia (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004). Al conceptualizarse como estrategia de afrontamiento, el crecimiento sería la antítesis del estrés postraumático, mientras que cuando se considera al crecimiento como uno de

los resultados posibles del trauma, las consecuencias positivas y negativas valoradas por la persona pueden coexistir.

Para comprobar que los sobrevivientes a traumas valoraran al mismo tiempo consecuencias negativas y positivas luego de la tragedia, Baker, Kelly, Calhoun, Cann y Tedeschi (2008) crearon una versión paralela del instrumento utilizado para medir CPT, redactando los mismos ítems de crecimiento, pero en sentido opuesto. Este nuevo cuestionario fue denominado “desvalorización postraumática” (depreciation posttraumatic). Como resultado se obtuvo que las personas reportaron cambios positivos y negativos a consecuencia del trauma; sin embargo el crecimiento fue mayor que la desvalorización postraumática. Otras investigaciones sobre CPT y desvalorización postraumática, encontraron que no había relación entre los cambios positivos y negativos percibidos, lo que sugiere la independencia entre estos procesos (Cann, Calhoun, Tedeschi y Solomon, 2010; Walter y Bates, 2012).

La investigación sobre crecimiento no ha estado exenta de críticas, entre ellas, la validez de los cambios que reportan los sobrevivientes. En base a esta inquietud, se han contrastado las respuestas de autorreporte de crecimiento subjetivo con reportes de personas significativas para quien sufrió la tragedia. Se ha encontrado convergencia entre ambas medidas, lo que es un indicador de la validez del constructo CPT (Shakespeare-Finch y Barrington, 2012).

Otro aspecto relevante a investigar era si el CPT podía ocurrir en ausencia de trauma. Para ello se desarrolló un estudio comparando las puntuaciones de cuestionarios de CPT de adolescentes que vivieron hechos estresantes y otros que no. Se encontró que el crecimiento no podía ser explicado por cambios simplemente normativos originados por la maduración (Taku, Kilmer, Cann, Tedeschi y Calhoun, 2012), sino que dependía de las conclusiones que las personas obtuvieran sobre una experiencia adversa.

2.1.3. Prevalencia, características del evento y crecimiento postraumático

En Estados Unidos poco más de la mitad de las personas indican haber vivido uno o más acontecimientos potencialmente traumáticos (Peterson, Park, Pole, D'Andrea y Seligman, 2008). En Chile, cerca del cuarenta por ciento de las personas indica haber sufrido experiencias traumáticas (Pérez et al., 2009).

Se han documentado experiencias de crecimiento como resultado de diferentes tipos de traumas o eventos vitales negativos, por ejemplo duelo, recibir diagnóstico de VIH (Milam, 2004) o cáncer (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001; Costa y Gil, 2008; Schroevers y Teo, 2008), enfermedades cardíacas (Senol-Durak y Ayvasik, 2010), accidentes de tránsito (Rabe, Zöllner, Maercker y Karl, 2006), accidentes cerebrovasculares (Gangstad, Norman y Barton, 2009), abuso o ataque sexual (Frazier et al., 2001), desastres naturales (Cryder, Kilmer, Tedeschi y Calhoun, 2006), entre otros.

Cho y Park (2013) en una revisión del estado del conocimiento sobre crecimiento, comentan que es un fenómeno reportado por la mayoría de las personas que sufren momentos adversos. A partir de la revisión de diversos estudios, comentan que el crecimiento es reportado por entre el 55 y el 83% de las personas que vivencian traumas. En una revisión de 39 estudios, se encontró que el crecimiento ocurre entre el 30 y 70% de las personas afectadas de eventos estresantes (Linley y Joseph, 2004). En una investigación con pacientes diagnosticados con VIH, casi un 60% reportó cambios positivos estables en sus vidas luego de recibir el diagnóstico (Milam, 2004).

Un foco de interés en la investigación sobre crecimiento ha sido su relación con el tiempo transcurrido desde el evento. El crecimiento puede ocurrir inmediatamente luego del trauma o tiempo después, donde la persona ha podido reflexionar sobre lo ocurrido (Tedeschi y Calhoun, 1996). Estudios transversales muestran que las personas identifican cambios positivos en sus vidas tan pronto como 2 semanas luego de ocurrido un trauma (Cordova et al., 2001). En estudios longitudinales, se ha encontrado que la percepción de acontecimientos positivos tras el evento traumático se incrementa en las mediciones a lo largo de un año. Además se encontró que las consecuencias negativas reportadas a partir del evento eran mayores en las primeras mediciones que en las últimas. El mayor crecimiento se daba entre la medición luego de 2 semanas y 2 meses desde que ocurrió el trauma (Frazier et al., 2001).

No se han observado diferencias importantes entre el crecimiento evaluado luego de un año o de cinco años tras un evento traumático (Costa y Gill, 2008; Taku et al., 2007).

2.1.4. Crecimiento postraumático y salud mental

La vivencia de trauma es un evento negativo per se, que implica un desafío a las capacidades de adaptación de las personas que puede afectar su salud mental (Tedeschi y Calhoun, 1996). La relación entre el CPT y trastornos mentales ha resultado de interés porque las diferencias individuales para enfrentar problemas impactan los niveles de bienestar, ajuste social y estrés, entre otras dimensiones de las personas. En específico, la relación entre estrés y crecimiento ha generado particular interés porque existen modelos teóricos que contraponen el TEPT con CPT (Zoellner y Maerckel, 2006).

En algunos estudios, quienes mostraron mayor intensidad de los síntomas de trastorno por estrés postraumático también presentaban los mayores niveles de crecimiento incluso por varias décadas luego del trauma (Cieslak et al., 2009; Dekel y Nuttman-Scwartz, 2009; Holgersen, Boe y Holen, 2010). La severidad de los síntomas de estrés en personas con trastorno por estrés postraumático está inversamente relacionada a crecimiento especialmente aquellos síntomas del trastorno relativos a la insensibilidad emocional (Hagenaars y Van Minnen, 2010).

Resultados de asociación positiva y negativa entre crecimiento y estrés también fueron encontrados en revisiones sobre el tema que incluyen investigaciones con sobrevivientes de guerra, prisioneros políticos, víctimas de asalto y personas con lesión medular. En investigaciones longitudinales, las personas que presentaban un mayor CPT en las mediciones cercanas al evento, presentaban menos síntomas de estrés postraumático en las mediciones posteriores (Zoellner y Maerckel, 2006). Recientes investigaciones con muestras similares evidencian que quienes reportaron mayor sintomatología de estrés postraumático, obtuvieron las mayores puntuaciones en CPT posteriormente (Dekel, Ein-Dor y Solomon, 2012).

En búsqueda de modelos explicativos sobre la relación entre CPT y trastorno por estrés postraumático, se ha encontrado que las personas que prestan atención a información negativa relacionada con el trauma desarrollan con mayor probabilidad síntomas de estrés postraumático. Por su parte, quienes atienden información positiva de su experiencia, muestran mayores niveles de CPT (Chan, Ho, Tedeschi y Leung, 2011).

Otros autores han encontrado una relación curvilínea entre estrés postraumático y crecimiento (Kane, 2009; Schroevers y Teo, 2008). Las explicaciones para ello suponen que el crecimiento genera estrés pues implica esfuerzos por adaptarse, pero cuando este alcanza niveles muy altos para la persona, impide la reflexión sobre los cambios positivos en su vida.

Otra relación de interés se da entre CPT y depresión, donde también se han obtenido resultados poco consistentes. Por ejemplo, en personas con VIH se encontró relación inversa entre CPT y depresión (Milam, 2004). Igual relación se encontró en pacientes que sufrieron accidentes cerebrovasculares (Gangstad et al., 2009). Por otra parte, en muestras de mujeres que sufrieron violencia de pareja, no se encontró relación entre CPT y síntomas depresivos (Cobb, Tedeschi, Calhoun y Cann, 2006).

En estudios transversales con diversas muestras (por ejemplo, padres que sufrieron la muerte de un hijo, personas con lesión medular, pacientes con cáncer y sobrevivientes de guerra) no se encontró relación o la relación era inversa y leve (Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006; Linley y Joseph, 2004; McCaslin et al. 2009; Zoellner y Maerckel, 2006).

En un estudio longitudinal con víctimas de asalto sexual, se encontró que quienes reportaban cambios positivos en su vida luego de un asalto en las mediciones iniciales (luego de 2 semanas), presentaban significativamente menores indicadores de depresión al cabo de un año (Frazier et al., 2001).

Independientemente del tipo de evento traumático, se ha encontrado que el crecimiento se relaciona directamente con distrés y salud física e inversamente con depresión (Boals, Steward y Schuettler, 2010).

2.1.5. Crecimiento postraumático y su relación con variables sociodemográficas y culturales

Las mujeres reportan consistentemente un mayor CPT que los hombres (Anderson y Lopez-Baez, 2008; Milam, 2004; Park et al., 1996), aunque en algunas investigaciones no se ha observado relación entre género y crecimiento (Linley y Joseph, 2004). Tedeschi y Calhoun (1996) observan diferencias por género particularmente en las dimensiones de cambio espiritual y relación con otros, sugiriendo que las mujeres utilizan preferentemente estas estrategias para enfrentar el trauma.

En estudios longitudinales, las personas más jóvenes que recibieron el diagnóstico de VIH mostraron mayores niveles de crecimiento (Milam, 2004). En contraste, otros autores señalan que la edad no se relaciona con la frecuencia o intensidad de los beneficios percibidos luego de la adversidad (Affleck y Tennen, 1996; Önder, 2012).

En la investigación de Milam (2004), donde participó una amplia muestra de pacientes diagnosticados con VIH, no se encontró relación entre CPT e ingreso económico. En adición, varios estudios indican que no hay relación entre el nivel educacional y nivel socioeconómico, y el beneficio percibido luego de tragedias (Affleck y Tennen, 1996; Dekel y Nuttman-Scwartz, 2009; Önder, 2012). Sin embargo, otros autores precisan que poseer recursos económicos actúa como amortiguador de los efectos estresantes y con ello facilitan la percepción de cambios positivos y, en consecuencia, favorecen la aparición de CPT (Cordova et al., 2001).

El sufrimiento juega un rol importante en el sistema de creencias de las religiones especialmente en Occidente (Milam, 2004) de modo que orientan sobre el modo como las personas dan sentido a las vivencias dolorosas. La atribución de sentido al sufrimiento facilita el desarrollo de CPT (Park et al., 1996; Proffitt, Cann, Calhoun y Tedeschi, 2007; Tedeschi y Calhoun, 1996). En un estudio realizado en pacientes diagnosticados con cáncer que se reconocían adherentes de alguna creencia religiosas como islam, budismo, cristianismo, hinduismo, confucionismo, entre otros, se encontró que el CPT estaba relacionado a estrategias de afrontamiento basadas en la fe religiosa (Schroevers y Teo, 2008). Las personas que atribuyen poder superior a cualquier Dios presentan mayor crecimiento luego del fallecimiento de una persona cercana (Cadell, Regehr y Hemsworth, 2003).

Otras investigaciones han mostrado que la participación en comunidades religiosas por sí sola no se relaciona con el CPT; los autores sugieren que las personas requieren disponer de una actitud de apertura a dar sentido a su experiencia a través de la fe para que ocurra el crecimiento (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 2000).

A nivel cultural, se ha encontrado que personas de diferentes culturas reportan CPT (Ho et al., 2004; Schroevers y Teo, 2008), por ejemplo, en estudiantes japoneses (Taku, et al., 2012), inmigrantes latinoamericanos (Weiss y Berger, 2006), malasios (Schroevers y Teo, 2008), australianos (Shakespeare-Finch y Copping, 2006), chinos (Ho, Chu y Yiu, 2008), turcos (Önder, 2012), entre otros.

Sin embargo, los niveles de crecimiento en las distintas dimensiones no son iguales entre las culturas. Por ejemplo, los estudiantes japoneses muestran menor puntaje en crecimiento y cambio espiritual que en muestras norteamericanas (Taku et al., 2012). Particularmente los hombres japoneses tienen menores puntajes en las dimensiones de fortaleza personal, apreciación de la vida y cambio espiritual (Taku, 2012). Una vez más, los resultados no son enteramente consistentes, Shigemoto y Poyrazli (2013), compararon a estudiantes universitarios de Estados Unidos y Japoneses en síntomas de TEPT, rasgo de personalidad (optimismo, evitación y hiperexcitación) y CPT, encontrando resultados similares para ambos grupos en todas las variables.

Los factores culturales también parecen relacionarse con diferencias en las dimensiones que son identificables en el CPT. En muestras latinas, los 5 factores originales del instrumento más utilizado para medir CPT se fusionaron en tres, llamados cambio en la filosofía de vida (que incluye ítems de los factores originales de cambio espiritual y fortaleza personal), actitud positiva hacia la vida (que incluye ítems de las dimensiones originales de fortaleza personal y nuevas oportunidades) y relaciones interpersonales (Weiss y Berger, 2006). En Chile, el CPT igualmente presentó una estructura de tres factores, sin embargo, el modelo que presentó un mejor ajuste fue el de los factores de cambios en la filosofía de vida, en la auto-percepción de la fortaleza personal y en la relación con otros, sin embargo se sugirió revisar la correspondencia entre los factores y su definición respecto al contenido de los ítems (García, Cova y Melipillán, 2013).

2.1.6. Crecimiento postraumático y su relación con variables de personalidad

Existen pocos estudios que buscan establecer la relación entre características de personalidad y CPT. Se ha encontrado que las personas que presentan mayor crecimiento son optimistas, es decir, se perciben a sí mismos como capaces de imaginar formas de lograr sus objetivos personales, y presentan rasgos de esperanza disposicional, que refiere a la expectativa de tener resultados positivos a futuro en las metas que se han propuesto (Affleck y Tennen, 1996; Helgeson et al., 2006).

Al examinar el crecimiento y optimismo en un contexto de trauma de salud como el caso de personas que han recibido el diagnóstico de una enfermedad, se encuentra que las personas que perciben la amenaza de salud como algo controlable presentan mayores niveles de optimismo que predice un mayor crecimiento postraumático. En contraste, el optimismo pierde su poder predictivo del crecimiento postraumático en quienes están sometidos a un pronóstico incierto de la enfermedad que los aqueja (Bostock, Sheikh y Barton, 2009).

Las personas que tienen alta autoestima muestran mayores niveles de crecimiento postraumático (Engelkemeyer y Marwit, 2008). Por otra parte, se ha observado que el pesimismo presenta una asociación inversa al crecimiento postraumático (Milam, 2004). En contraste al optimismo, los estudios de personas con problemas de salud muestran que la expectativa de resultados positivos permite interpretar favorablemente las

consecuencias de su situación. Así mismo, las personas que puntúan con mayor locus de control interno reportan más beneficios percibidos de su enfermedad versus quienes presentan un estilo atribucional externo (Affleck y Tennen, 1996).

Por otra parte, la apertura a la experiencia como rasgo de personalidad ha mostrado relación directa con las dimensiones de crecimiento de cambio en la filosofía de vida y fortaleza personal (Önder, 2012).

2.1.7. Evaluación del crecimiento postraumático

Tedeschi y Calhoun, (1996) desarrollaron el Posttraumatic Growth Inventory (PTGI, Inventario de Crecimiento Postraumático, CPI), que mide 5 dimensiones donde se manifestaría el CPT: relación con otros, nuevas posibilidades, fortaleza personal, cambio espiritual y apreciación de la vida.

Los cambios en la relación con otros implican un sentimiento de mayor altruismo, compasión o que sus relaciones interpersonales son más cercanas. La valoración de nuevas posibilidades indica la disposición de las personas a aprovechar su experiencia y transformarla en oportunidad, por ejemplo, de contener o apoyar a otros. La dimensión fortaleza personal hace referencia a los cambios en la percepción de sí mismo que incluyen un sentimiento de mayor confianza en las propias capacidades. Los cambios espirituales o en la filosofía de vida se relacionan con un sentimiento de fortalecimiento

o cambio de sus creencias espirituales o religiosas, que le reportan bienestar a quien lo percibe. La apreciación de la vida implica cambios en las prioridades o valoración de aspectos que antes eran desapercibidos por las personas (Tedeschi y Calhoun, 1996, 2004).

Taku, Cann, Calhoun y Tedeschi (2008) buscaron nuevas evidencias sobre la estructura factorial del instrumento. Para ello, utilizaron un análisis factorial confirmatorio en 3 modelos. El modelo 1 supuso que los 21 ítems de la escala se asociaban a un factor general de crecimiento postraumático. El modelo 2 propuso la existencia de tres factores de segundo orden de acuerdo a sugerencias teóricas, compuesto por las dimensiones cambios en la percepción de sí mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la filosofía de vida. El tercer modelo correspondió a la propuesta original de cinco dimensiones. Los análisis confirmaron la estructura del CPI de cinco factores. Resultados similares obtuvieron Brunet, McDonough, Hadd, Croker y Sabiston (2009).

En muestras chilenas, la estructura factorial del cuestionario fue evaluada evaluando modelos de uno, tres y cinco factores, de acuerdo a lo sugerido por varios estudios. Se encontró un mejor ajuste en un modelo jerárquico de un factor de segundo orden y tres de primer orden (cambios en la filosofía de vida, en la auto-percepción de la fortaleza personal y en la relación con otros) , que coinciden en gran medida con el modelo 2 evaluado por Brunet y su equipo (García et al., 2013).

La validez de las medidas de crecimiento ha sido puesta en duda dado que la mayoría de los estudios se basan en autorreportes (Cho y Park 2013). Al respecto, se han desarrollado instrumentos para medir el crecimiento a través de la valoración que otras personas significativas hacen de la persona que sufrió el trauma y sus cambios conductuales, encontrándose que el crecimiento reportado por otros es consistente con el crecimiento autorreportado en la mayoría de las dimensiones, excepto en la dimensión de fortaleza personal (Shakespeare-Finch y Barrington, 2012).

Otros indicadores de validez han sido obtenidos de medidas psicofisiológicas. Así, se ha encontrado relación entre los resultados de la escala de crecimiento postraumático e indicadores fisiológicos. Milam (2004) en una muestra de pacientes con VIH encontró que las personas que reportaban mayor crecimiento postraumático mostraban indicadores fisiológicos de salud más altos que aquellos que no identificaban consecuencias positivas de su enfermedad.

Por otra parte, Rabe et al. (2006) hallaron que la activación cortical prefrontal se asoció directamente a los resultados en la escala de crecimiento postraumático al controlar los factores emocionales disposicionales. Todas las dimensiones del instrumento, excepto cambios en las creencias religiosas, se relacionaron positivamente con actividad de la corteza frontocentral izquierda.

2.2. Afrontamiento

El concepto de afrontamiento ha evolucionado al alero de las teorías del estrés, y cuenta con un extenso y complejo capital de investigaciones (Folkman y Moskowitz, 2004).

El afrontamiento se ha perfilado como una variable importante para explicar el CPT debido a que se relaciona con la forma como las personas manejan el estrés (Zoellner y Maercker, 2006). Lazarus y Folkman en la obra *Stress, appraisal and coping* (1986) lo definen como la gama de estrategias cognitivas y conductuales, de carácter cambiante, que se utilizan para manejar las demandas estresantes internas o externas, entendiéndose como un proceso que implica la interacción de la persona con su entorno.

2.2.1. Modelos de afrontamiento al estrés

El afrontamiento ha sido conceptualizado por distintos modelos: como características de personalidad que predisponen a responder al estrés según patrones relativamente estables; formas de resolver problemas según la percepción de controlabilidad que la persona tenga respecto del problema; como proceso dinámico entre la valoración que la persona hace de su capacidad para enfrentar una situación estresante y las características específicas del estresor (Moos y Holahan, 2003; Rueda y Aguado, 2003).

Asumiendo un enfoque integrador, se ha propuesto que cada una de estas perspectivas complementa la comprensión del afrontamiento. Así, las disposiciones de personalidad referidas al afrontamiento ponen de manifiesto las formas preferidas y habilidades de las personas para enfrentar el estrés, que son modificadas por las particularidades de la situación en que se encuentra al momento de ocurrir el estresor (Moos y Holahan, 2003).

Uno de los modelos de mayor impacto en el desarrollo de la investigación sobre afrontamiento es el de Lazarus y Folkman, quienes suponen que el afrontamiento surge en la interacción de la persona con su entorno, viéndose influido por la percepción de cuán controlable es el evento que causa el estrés; por características de personalidad, como el optimismo, neuroticismo y extroversión; y los recursos sociales con los que cuenta una persona (Folkman y Moskowitz, 2000).

El proceso de afrontamiento se desencadena cuando la persona evalúa que se encuentra en una situación que puede provocarle daño, pérdida o amenaza en algún aspecto considerado como importante en su vida (evaluación primaria), posteriormente pondera si posee los recursos para enfrentarla (evaluación secundaria). A partir de ambas evaluaciones, las personas eligen e implementan estrategias o acciones para disminuir el estrés que genera la situación. El cambio en uno o ambas evaluaciones puede derivar en un cambio en la estrategia con la que enfrenta dicha situación (Folkman y Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993).

Folkman y Lazarus (1988) agrupan las estrategias o acciones para enfrentar el estrés en estilos de afrontamiento según se encuentren orientados a resolver el problema o controlar la respuesta emocional. El estilo de afrontamiento centrado en el problema, implica intentos de la persona por modificar las circunstancias que generan el estrés, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción busca modificar el malestar y manejar las emociones que se originan como consecuencia del problema (Folkman y Moskowitz, 2004). Folkman (1997) agregó el afrontamiento centrado en el significado, en el cual las personas buscan manejar sus estados emocionales positivos.

El modelo propuesto por Lazarus y Folkman considera que las estrategias no son buenas o malas en sí mismas, sino que su efectividad depende de la capacidad adaptativa que provea en la particular situación que genera el estrés (Folkman y Moskowitz, 2004).

La controlabilidad o permanencia del estresor afectan el tipo de estrategias implementadas para disminuir el estrés (Folkman y Moskowitz, 2004). Cuando las personas evalúan que la situación es modificable, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en el problema, también llamadas activas, como planificación, supresión de actividades y búsqueda de apoyo social instrumental. En contraste, quienes manifiestan que la situación que genera estrés es permanente, tienden a utilizar la aceptación y la negación (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Folkman (1997) indica que cuando la situación de estrés es grave y prolongada, las personas tienden a utilizar el estilo centrado en el significado buscando generar emociones positivas que promueven

su bienestar. Dentro de este proceso, la esperanza juega un rol importante en la adaptación a la situación, pues ayuda a reducir la incertidumbre.

2.2.2. Evaluación del afrontamiento

Se han desarrollado distintos instrumentos y métodos para evaluar el afrontamiento, en su mayoría derivados de la teoría de Lázarus y Folkman. Los dos de los instrumentos más utilizados en la investigación son el Inventario de Modos de Afrontamiento (del inglés Ways of Coping Questionnaire, WCQ) de Lazarus y Folkman y el COPE (Coping Estimation Inventory) de Carver, Scheier y Weintraub (Londoño et al. 2006).

El WCQ de Lazarus y Folkman, que fue precedido otras versiones del instrumento (Ways of Coping Check List, WCC; Ways of coping, WOC), está compuesto de dos escalas para medir, en forma general, los modos de afrontamiento a través de 68 ítems. En revisiones posteriores, las propiedades psicométricas del instrumento fueron cuestionadas, por lo que se eliminaron ítems, quedando en 50, y se establecieron ocho dimensiones, que se agrupan según la orientación al problema (reevaluación positiva, aceptación de la responsabilidad, autocontrol, búsqueda de apoyo social, planificación y confrontación) y orientación a la emoción (distanciamiento y escape-evitación) (Moos y Holahan, 2003; Morán, Landero y González, 2009).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) desarrollaron el COPE continuando con la evaluación multidimensional del afrontamiento propuesta por Lazarus y Folkman. Este instrumento considera que el afrontamiento puede ser activo o pasivo; conductual, cognitivo o emocional. Las estrategias conductuales activas son el afrontamiento activo, la planificación y la búsqueda de apoyo social instrumental. Las estrategias cognitivas activas incluyen la reinterpretación positiva, el humor y la aceptación. La búsqueda de apoyo social emocional es considerada como una estrategia emocional activa. El afrontamiento conductual pasivo considera la renuncia, la distracción y el consumo de sustancias. El afrontamiento cognitivo pasivo incluye la negación, la religión y la autocrítica. Finalmente, la descarga emocional es considerada una estrategia emocional pasiva.

Posteriormente, Carver publicó el Brief Cope, de 14 subescalas medidas a través de dos ítems cada una. Este instrumento fue traducido al español por Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman (2000). Esta versión elimina dos subescalas del COPE original (supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento), dado que no fue confirmada su validez en los trabajos previos (Morán et al., 2009).

Los instrumentos que evalúan afrontamiento han sido criticados en relación a su estructura factorial, validez teórica (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003), dificultades para comparar sus resultados debido a la diversidad de versiones que presentan (Aliaga y Capafóns, 1996), la connotación negativa que reciben las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Austenfeld y Stanton, 2004) y propiedades

psicométricas que no se condicen con la estructura original del instrumento al traducirlo (Nava-Quiroz, Vega-Valero y Soria, 2010; Sandín y Chorot, 2003).

En atención a estas consideraciones, Sandín y Chorot (2003) desarrollaron el Cuestionario de Afrontamiento al estrés (CAE). Este instrumento tomó como marco de referencia la teoría de Lazarus y Folkman, recogiendo las subescalas del WCQ. Se desarrollaron dos versiones previas de este instrumento llamadas Escala de Estrategias de Coping (EEC) y Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R), que igualmente mostraron variaciones en revisiones posteriores respecto a la estructura factorial original de nueve dimensiones. Finalmente, la estructura factorial del CAE presenta 7 dimensiones con saturación clara y robusta: búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, focalización en la solución del problema, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva. Estas dimensiones se agruparon en dos factores más generales, coincidentes con los estilos de afrontamiento centrados en el problema, de corte lógico-racional, y focalizado en la emoción.

2.2.3. Afrontamiento e indicadores de salud y ajuste

El afrontamiento es efectivo cuando disminuye indicadores fisiológicos de estrés, minimiza las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplifica las positivas, refuerza la autoestima, mejora el rendimiento y ajuste social, cumple con la función

instrumental de resolver el problema, permite el conocimiento de la realidad (o función de aprendizaje) y da sentido a la experiencia (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004).

La efectividad de las estrategias de afrontamiento utilizadas depende de la situación específica en que ocurre el estrés, por ejemplo, la estabilidad o posibilidad de controlar el evento que causa el estrés (Folkman y Moskowitz, 2004).

Recientes investigaciones han mostrado que en situaciones de estrés, las emociones negativas y positivas coexisten en el mismo momento, existiendo estrategias de afrontamiento centradas en el problema que generan sistemáticamente emociones positivas, entre ellas destaca la reevaluación positiva (Folkman, 2008).

Basándose en la línea de investigación derivada de la teoría de Lazarus y Folkman, Campos et al. (2004) analizaron los resultados de 13 estudios buscando la relación del afrontamiento con indicadores de salud y adaptación. Encontraron que la evitación cognitiva y conductual, el aislamiento social, la aceptación resignada asociada a sentimientos de culpa y desesperanza, la confrontación, la descarga emocional y la autocrítica se relacionan moderadamente con una peor regulación afectiva, mayor afectividad negativa, menor afectividad positiva e indicadores de ansiedad y depresión. En contraste, el afrontamiento directo y la reevaluación positiva mostraban efectos positivos leves cuando la situación generadora de estrés era controlable, pero sus efectos eran negativos cuando la situación que ocasionaba estrés era estable e incontrolable.

En otro metanálisis que buscó estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento e indicadores de salud en adultos no clínicos, se encontró que el estilo de afrontamiento centrado en el problema se asoció directamente a indicadores de salud general. La única estrategia de afrontamiento centrada en la emoción que mostró relación salud (aunque inversa) fue el distanciamiento (Penley, Tomaka y Wiebe, 2002).

Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer (2010) revisaron varios artículos que evaluaban la efectividad de estrategias de regulación emocional. Encontraron que la reevaluación, resolución de problemas y aceptación fueron las estrategias más documentadas como protectoras de psicopatología. En su revisión estadística, las estrategias que mostraron una relación inversa con psicopatología fueron la resolución de problemas y reevaluación, ambas con un tamaño del efecto medio. Las estrategias que reciben mayor sustento como factores de riesgo son la supresión (expresiva y del pensamiento), la evitación y la rumiación.

Las personas que utilizan estrategias de afrontamiento que se focalizan en resolver activamente el problema han reportado mejor adaptación y ajuste, respecto a quienes utilizan preponderantemente estrategias centradas en la emoción (Austefeld y Stanton, 2004). Las estrategias de afrontamiento activas (solución de problemas, búsqueda de información y análisis de las circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el burnout (Cruz et al., 2010).

La evitación como estrategia de afrontamiento, en general, se asocia a efectos negativos para la salud en estresores agudos. Varios estudios concluyen que la evitación ha mostrado ser una respuesta perjudicial en términos de salud para estresores agudos, pues habitualmente estos son controlables y susceptibles de solucionar (Holahan, Moos, Holahan, Brennen y Schutte, 2005).

A modo de conclusión, resulta importante mencionar que la efectividad de las estrategias de afrontamiento para amortiguar el estrés depende de la situación (Folkman y Moskowitz, 2004). Sin embargo, diversos estudios muestran que las estrategias activas o aquellas que se orientan a resolver el problema, se asocian a indicadores de salud, en contraste a las estrategias orientadas a la emoción (Campos et al., 2004).

2.2.4. Afrontamiento y crecimiento postraumático

Los modelos de afrontamiento como mecanismo de adaptación al estrés, tanto en el aspecto de atender la causa del problema o como moduladoras de la respuesta emocional, han resultado de interés en la explicación del CPT (Zoellner y Maercker, 2006), pues son los procesos cognitivos asociados a la vivencia del evento estresante, y no el evento estresante en sí, lo que promueve el crecimiento (Calhoun et al., 2000).

En una revisión de 39 publicaciones, Linley y Joseph (2004) encontraron que el crecimiento se asoció a estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, aceptación y reinterpretación positiva.

Yanez, Stanton, Hoyt, Tennen, y Lechner (2011) buscaron medir consecuencias constructivas y las disfuncionales de la vivencia de trauma, usando una versión modificada del CPI. El uso de la negación se asoció con mayor desajuste al estrés y menor CPT, mientras que las estrategias de afrontamiento activas, predijeron mayor CPT y adaptación al estrés.

Dentro de las estrategias de afrontamiento activas, la revisión realizada por Zoellner y Maerker (2006), señala que la reevaluación positiva y la aceptación son las estrategias que muestran la relación con CPT más documentada y consistente.

Rajandram, Jenewein, McGrath y Zwahlen. (2011) realizaron un metanálisis de estudios que relacionaron CPT y estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos, encontrando que el afrontamiento activo, focalizado en el problema, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo religioso, uso del humor y reevaluación positiva son importantes predictores del CPT. En pacientes oncológicos que fueron monitoreados en distintas etapas de su enfermedad, se encontró que la aceptación de la enfermedad en los tres primeros meses luego de recibido el diagnóstico de cáncer predice un mayor CPT. Entre seis y 12 meses luego del diagnóstico, la resignación predice el crecimiento posterior (Costa y Gil, 2008). En una muestra de 114 pacientes diagnosticados con

cáncer, se encontró que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema predijeron el CPT (Önder, 2012).

En personas afectadas por accidentes cerebrovasculares, se encontró asociación entre altos niveles de crecimiento y reestructuración cognitiva, comparación hacia abajo, resolución y negación (Gangstad et al., 2009).

Otros autores indican que la búsqueda de significado, afrontamiento por religión (Rajandram et al., 2011) y el apoyo social (Costa y Gil 2008; Senol-Durak y Ayvasik, 2010) promueven el CPT.

Al modelar la influencia de la percepción del evento, percepción de apoyo social, estrategias de afrontamiento sobre el CPT, se encontró que las estrategias de afrontamiento (orientadas al problema) y la interacción entre estrategias de afrontamiento y la percepción del evento explicaron el 19% y 24% respectivamente de la varianza de CPT. Además, se encontró que la percepción de apoyo social fue afectada por las estrategias de afrontamiento usadas (Senol-Durak y Ayvasik, 2010).

En cuanto al apoyo social como estrategia de afrontamiento, se ha encontrado relación directa con CPT e indirecta con la rumiación deliberada sobre los beneficios de la situación (Morris y Shakespierre-Finch, 2011). Particularmente el apoyo social como soporte emocional predice la evaluación de consecuencias positivas incluso ocho años después de una experiencia traumática (Schroevers, Helgeson, Sanderman y Ranchor,

2010). Estos resultados son consistentes con el modelo de Tedeschi y Calhoun (2004) que indica que el apoyo social permite la reducción del estrés emocional pues reduce los pensamientos automáticos y colabora en la generación de esquemas de cognitivos de cambio.

La búsqueda de significado y la rumiación como formas de afrontamiento, también han sido documentadas con una relación positiva con crecimiento Zoellner y Maerker (2006). Lo anterior resulta consistente con los planteamientos del modelo de CPT, en el sentido de que existen procesos cognitivos que implementan las personas que viven traumas, que le permiten examinar voluntariamente sus experiencias para darle un sentido positivo recibido y articular los aprendizajes en un sentido de trascendencia (Tedeschi y Calhoun, 2004).

El afrontamiento ha suscitado amplia investigación. Aunque el establecimiento de instrumentos de evaluación con propiedades psicométricas estables está en desarrollo, el cuerpo de conocimiento empírico sobre afrontamiento muestra que las estrategias activas o aquellas orientadas al problema se asocian a un mejor ajuste y también a un mayor CPT.

2.3. Rumiación

Existen diversas conceptualizaciones para referirse a patrones de pensamientos repetitivos, la mayoría aludiendo a sus características negativas y a sus efectos negativos en el bienestar y salud mental. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada se acompaña de pensamientos e imágenes cargadas de emociones negativas y relativamente incontrolables; en el trastorno obsesivo-compulsivo, las personas tienen ideas recurrentes relacionadas a su compulsión; en el trastorno por estrés postraumático, las personas señalan revivir imágenes de la situación generadora de trauma o sus consecuencias; entre otros. Si bien el contenido del pensamiento varía entre las distintas formas negativas de pensamiento repetitivo, se describe como características comunes entre ellos: ser repetitivos, pasivos o relativamente incontrolables y focalizados en contenido negativo (Ehring y Watkins, 2008).

En 1991 Nolen-Hoeksema y Morrow propusieron la teoría de estilos de respuesta cuya principal idea es que los pensamientos repetitivos y persistentes sobre el estado de ánimo negativo explican la predisposición, mantenimiento y agudeza de los síntomas depresivos. Este estilo de pensamiento fue llamado rumiación que refiere a pensamientos pasivos, autocentrados, repetitivos, intrusivos, cíclicos, centrados en la indagación de causas y consecuencias de experiencias o ánimo negativo (Nolen-Hoeksema, Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008; Papageorgiou y Wells, 2003). La teoría explica que los sujetos que centran sus

pensamientos en sus síntomas depresivos, causas y consecuencias, aumentan la frecuencia o probabilidad de cursar episodios de ánimo negativo (Aldao et al., 2010).

Inicialmente, se encontró que la rumiación explicaba la duración y profundidad de los episodios depresivos (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). Luego, Nolen-Hoeksema (2000) evaluó amplias muestras de voluntarios y confirmó que la rumiación predecía la ocurrencia de episodios de depresión mayor, pero no la duración del episodio depresivo para quienes ya cursaban depresión.

Dentro de las consecuencias más documentadas y sólidamente fundadas de la relación entre rumiación y depresión, se encontró que la rumiación exagera la depresión, interactúa con el pensamiento negativo, impacta la resolución de problemas, entorpece la conducta instrumental y merma el apoyo social (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Se ha planteado que los efectos negativos de la rumiación tendrían relación con el amplificar los pensamientos negativos, interrumpir el procesamiento para la resolución de problemas, interferir el afrontamiento activo, mantener y potenciar los estresores negativos, y disminuir en el largo plazo el apoyo social (Papageorgiou y Wells, 2003). Asimismo, se ha descrito que las personas que presentan niveles de rumiación más altos, tienen menor confianza y compromiso para involucrarse con actividades que resuelvan alguna situación, requieren más tiempo para sentirse cómodos con las soluciones planteadas, presentan mayor dificultad para concentrarse en sus planes y pensamientos

negativos sobre sus planes, en contraste a personas con bajos niveles de rumiación. Estos elementos interfieren el emprender acciones que contribuyan a mejorar aspectos relevantes en sus vidas (Ward, Lyubomirsky, Sousa y Nolen-Hoeksema, 2003).

El concepto de preocupación se relaciona ampliamente al de rumia (Fresco, Frankel, Mennin, Turk y Heimberg, 2002). Citando a varios estudios Nolen-Hoeksema y su equipo (2008) comentan que la rumia y la preocupación son similares en que ambas son formas de pensamiento repetitivo, autocentrado, de tipo general, asociados a una falta de flexibilidad cognitiva para cambiar la atención de estímulos negativos. Ambos impactan la atención y concentración, capacidad de resolución de problemas, disminución del rendimiento y se asocian a depresión y ansiedad. Las principales diferencias entre rumia y preocupación se relacionan a la orientación temporal, donde la preocupación alude a cadenas de pensamientos sobre eventos negativos situados en el futuro, mientras que la rumiación se orienta hacia el pasado (Fresco et al., 2002). Por otra parte, la preocupación tiene como objeto anticipar las consecuencias de situaciones inciertas, mientras que la rumia busca dar sentido del acontecimiento o su significado (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

2.3.1. Tipos de rumiación

Desarrollos posteriores de la línea de investigación desarrollada por Nolen-Hoeksema permitieron establecer diferentes dimensiones de la rumiación depresiva,

diferenciadas en función de la valencia de la información rumiada y las consecuencias emocionales (Robinson y Alloy, 2003). Treynor, González y Nolen-Hoeksema (2003) distinguieron dos tipos de rumiación depresiva: negativa y reflexiva. La rumiación reflexiva refiere a la introspección sobre el ánimo depresivo con el propósito de participar de la solución del problema. Este tipo de rumiación no se asoció con el aumento de la sintomatología depresiva. La rumiación negativa, masculamiento o melancólica, refiere a pensamientos autocentrados repetitivos que implican revivir la sintomatología depresiva en forma pasiva y se relacionó con el aumento de la probabilidad de cursar depresión asociándose a emociones negativas (Treynor et al., 2003). Estudios transversales y longitudinales posteriores confirmaron la asociación de la rumiación negativa con síntomas depresivos (ver por ejemplo Burwell y Shirk, 2007; Cova, Rincón y Melipillan, 2009; Kane, 2009; Whitmar y Gotlib, 2011). Se ha observado que las personas que tienden a la rumia negativa son menos eficientes en lograr la distracción que quienes utilizan más la rumiación reflexiva (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007).

Siegle, Moore y Thase (2004) aplicaron 16 instrumentos que medían distintos tipos de rumia a adultos sanos y deprimidos, encontrando que existían dos grandes dimensiones de rumiación: la rumiación negativa y otra relacionada con la resolución de problemas lo que parece superponerse a la rumiación negativa y reflexiva de Nolen-Hoeksema y su equipo (2008).

En el estudio del crecimiento a consecuencia de vivencias estresantes o adversas, tempranamente Tedeschi y Calhoun (1996) consideraron la importancia de la rumiación en el procesamiento de la información traumática, observando que existían pensamientos repetitivos con características y consecuencias distintas. En 2010 Calhoun, Cann y Tedeschi (según se cita en Cann et al., 2011) incorporaron a su modelo los conceptos de rumiación intrusiva y rumiación deliberada. La rumiación intrusiva corresponde a pensamientos no voluntarios, sobre la propia experiencia, que en ese contexto de estudio es traumática. La rumiación deliberada, constituyen pensamientos intencionados para tratar de entender lo que ha ocurrido y sus implicancias. El foco de la rumiación reflexiva no es necesariamente negativo, sino un intento de dar sentido a las vivencias. El impacto de estos tipos de rumiación sobre el crecimiento postraumático se comentará más adelante.

2.3.2. Evaluación de la Rumiación

La evaluación de la rumiación ha abordado distintos aspectos, tales como la frecuencia de los pensamientos autocentrados sobre estados de ánimo nostálgicos, pensamientos sobre eventos estresantes, pensamientos metacognitivos, grado malestar asociado con pensamientos sobre eventos negativos, grado en que las personas intentan darle sentido a experiencias negativas, pensamientos sobre lo que se puede hacer para cambiar la situación (Siegle et al., 2004).

Se han desarrollado varios instrumentos que miden rumiación. Por ejemplo, el Ruminaton on Sadness Scale de Coneay, Csank, Holm y Blake; Anger Rumination Scale, de Sukhodolsky, Golub y Cromwell; Rumination About an Interpersonal Offense Scale, desarrollada por Wade; Rumination-Reflection Scale, creada por Trapnell y Campbell; entre otros (Inoñán, 2011).

La escala de Trapnell y Campbell (1999) tiene 24 ítems que evalúan rumiación y reflexión. Estos estilos de pensamiento son formas de autoconciencia que se diferencian en el sentido de la información que revelan. La rumiación está motivada por un sentido neurótico de examinar las posibles pérdidas, mientras que la reflexión está motivada por la curiosidad intelectual de comprender la propia personalidad. Las alternativas de respuestas van desde 1 = muy en desacuerdo a 5 = muy de acuerdo.

Cann y su equipo (2011), desarrollaron el Event Related Rumination Inventory (ERRI) con el objetivo de medir las respuestas rumiativas de tipo deliberado e intrusivo. Este instrumento, fue desarrollado de acuerdo al modelo de rumiación que se enmarca en el estudio del crecimiento postraumático propuesto ya por Tedeschi y Calhoun en 1996. El análisis factorial confirmatorio mostró claramente los dos factores, quedando el instrumento compuesto por 20 ítems con alternativas de respuesta 0 = nada a 4 = casi siempre, con buenas propiedades psicométricas.

La escala desarrollada por Nolen-Hoeksema ha sido preferentemente utilizada en las investigaciones sobre rumiación y se ha traducido a diferentes idiomas (Inoñán,

2011; Treynor et al., 2003). Este instrumento, llamada Escala de Respuesta Rumiativa (Ruminative Responses Scale, RRS) evalúa la respuesta de las personas a estados de ánimo negativos, en tanto la examinación de la propia afectividad negativa, causas y consecuencias (1990, citado en Nolen- Hoekema y Morrow, 1991).

El instrumento fue revisado posteriormente, eliminándose los ítems que se superponían a síntomas depresivos, quedando con 10 de los 22 ítems originales, con cuatro alternativas de respuesta tipo Likert. Los indicadores de confiabilidad de esta versión abreviada fueron adecuados y los análisis confirmaron los factores de rumiación reflexiva y negativa (Treynor et al., 2003).

Cova, Rincón y Melipillán (2007) adaptaron el instrumento abreviado al español. En la población chilena adulta, se obtuvo alfa de Cronbach de 0,75 para la población general, 0,67 para el factor de reflexión y 0,57 para rumiación negativa. El mismo grupo de autores realizó una investigación en adolescentes donde el instrumento mostró adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad test-retest y consistencia interna, y una estructura factorial consistente a la encontrada por Treynor y sus colegas (Cova, Rincón y Melipillán, 2009).

2.3.3. Rumiación y su relación con trastornos mentales

El mayor acervo de estudios sobre rumiación ha sido relacionado a cuadros de ánimo depresivo (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Hankin, Lakdawalla, Latchis Carter, Abela y Adams (2007) realizaron un estudio para determinar si las teorías más documentadas sobre vulnerabilidad cognitiva a la depresión (teoría de Beck, teoría de la desesperanza y teoría de estilo de respuesta) y factores de personalidad sistemáticamente asociados a depresión (neuroticismo y baja autoestima), son factores distintos o se solapan en la explicación de trastornos depresivos. Encontraron cuatro dimensiones claramente definidas para explicar la depresión: tres factores corresponden a las tres teorías estudiadas, concluyendo que son distintas. El cuarto factor engloba al neuroticismo, la baja autoestima y síntomas de ánimo negativo.

Las personas que reportan usar estilos cognitivos negativos, niveles más altos de autocrítica, dependencia e historia de episodios depresivos mayores, tienden a rumiar más en respuesta al estado de ánimo depresivo. La rumiación se convierte en un factor de riesgo prospectivo para la depresión (Spasojevic y Alloy, 2001). En relación a ello, la rumiación negativa se asoció a estrategias de afrontamiento maladaptativas. En contraste, la rumiación reflexiva, se asoció positivamente con estrategias de afrontamiento adaptativas enfocadas en la resolución activa del problema (Burwell y Shirk, 2007).

McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2011) encontraron que la rumiación media la relación entre depresión y ansiedad en estudios longitudinales y transversales con adolescentes y parcialmente en estudios con adultos. En este estudio, la rumiación mostró una asociación directa más fuerte con ansiedad que con depresión en adultos. Diversos estudios mostraron que la rumiación también contribuye a predecir la ansiedad prospectivamente (Calmes y Roberts, 2007; Cova et al., 2007, 2009; Fresco et al., 2002).

Aldao et al. (2010) compararon el impacto de diversas estrategias de regulación emocional (rumiación, evitación, reevaluación, entre otros) sobre cuadros psicopatológicos internalizados (depresión y ansiedad) y externalizados (abuso de sustancias y trastornos alimenticios) por medio de un metaanálisis estadístico. Se encontró que la rumiación tuvo la relación (directa) más fuerte con depresión y ansiedad. También tuvo relación moderada con trastornos alimenticios y de abuso de sustancias.

En un estudio que examinó los efectos del rasgo de neuroticismo y estilo de respuesta rumiativo sobre síntomas depresivos en un intervalo de alrededor de nueve semanas, se encontró que el neuroticismo y estilo rumiativo se asociaron de forma directa y moderadamente a síntomas depresivos, controlando el nivel inicial de los síntomas depresivos. Adicionalmente, se encontró que la relación neuroticismo/estilo depresivo y depresión estaba mediada por el nivel inicial de la sintomatología depresiva, de modo que cuando la severidad de síntomas depresivos iniciales era más alta, la relación con neuroticismo y rumiación era moderada. Los autores precisan que el neuroticismo no afecta directamente a la depresión sino que lo hace exacerbando un

estilo de respuesta rumiativo (Nolan, Roberts y Gotlib, 1998). El neuroticismo perfila como el precursor de la rumia, particularmente de la rumiación negativa por sobre la reflexiva, pues induce a las personas a un alto número de emociones negativas (Hervas y Vazquez, 2011).

Para Segerstrom, Tsao, Alden y Craske (2000) tanto la preocupación como la rumiación se asocian a depresión y ansiedad, pues estas formas de pensamiento repetitivo interrumpen el establecimiento de metas personales importantes, interfieren el procesamiento emocional y conducen a un procesamiento más profundo de información negativa que contribuye al mantenimiento de la depresión y ansiedad. En un estudio longitudinal de 300 participantes, se encontró que las personas con altos niveles de perfeccionismo, rumiación negativa y estrés, presentaron los mayores incrementos de síntomas depresivos a través del tiempo (Olson y Kwon, 2008).

En relación a otras consecuencias en la salud de las personas, la rumia predijo bulimia y abuso de sustancias en un estudio longitudinal con adolescentes mujeres (Nolen-Hoeksema et al., 2007). En relación al abuso de sustancias, la rumiación negativa aparece como un factor de riesgo, mientras que la rumiación reflexiva puede perfilarse como un factor protector, sin embargo, esto último requiere mayor investigación (Willem, Bijttebier, Claes y Raes, 2011).

Según Nolen-Hoeksema y su equipo (2008) la rumia también ha mostrado relación con trastornos por abuso de alcohol e incremento de ideación suicida.

De esta forma, los diversos estilos de pensamientos negativos se asocian a consecuencias distintas para la salud mental y bienestar de las personas. Particularmente, el estilo negativo media la relación con distintos trastornos mentales.

2.3.4. Relación entre crecimiento postraumático y rumiación

Desde los primeros planteamientos sobre CPT, Calhoun y Tedeschi han esbozado el papel de la rumiación en el proceso de CPT dado que las personas que han sufrido crisis tienden a pensar repetidamente sobre lo que les ocurrió buscando darle un sentido y encontrar la forma de manejar emociones que pueden ser debilitantes (Tedeschi y Calhoun, 2004).

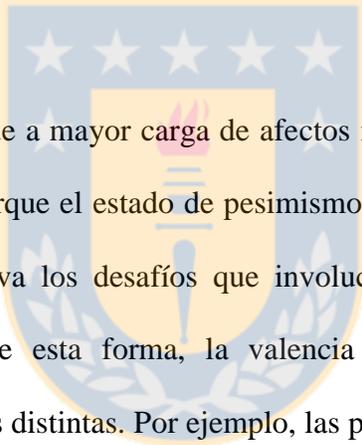
En las primeras investigaciones que evaluaban la relación entre CPT y rumiación, se encontró que la rumia deliberada facilitaba el crecimiento, por sobre la rumia intrusiva o negativa (Calhoun et al., 2000; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Zoellner y Maerker, 2006), particularmente en el crecimiento espiritual reportado (Taku et al., 2012), mientras que la rumia intrusiva se asoció inversamente a CPT, de modo que los pensamientos de reexperimentación intrusivos que se extendían por largos periodos de tiempo se asociaban a bajos niveles de CPT e indicadores de angustia. La rumia intrusiva podría reflejar que las personas no encuentran un camino constructivo para integrar las nuevas creencias básicas sobre el mundo (Cann et al., 2010).

Stockton, Hunt, Joseph (2011), buscaron precisar el rol de los distintos tipos de rumia (negativa y reflexiva; deliberada e intrusiva) sobre el CPT. Encontraron que la rumiación negativa e intrusiva no se relacionaban a CPT, pero sí a sintomatología ansiosa. En contraste, la rumiación reflexiva y deliberada se asociaron a CPT cuando la rumiación negativa era baja. En consecuencia, se hipotetiza que la rumiación reflexiva puede fortalecer la relación entre CPT y trastorno por estrés postraumático, dada la activación emocional que genera el cambio en los esquemas cognitivos de la persona. Por su parte, la rumiación reflexiva permite el CPT cuando la persona no se focaliza en examinar información sobre su estado de ánimo negativo como ocurre con la rumiación negativa.

En recientes estudios se ha encontrado que la rumiación intrusiva y deliberada influyen en momentos distintos del proceso de crecimiento. La rumia intrusiva que ocurre inmediatamente después del trauma y sirve como promotor de la rumia deliberada. De esta forma la rumia deliberada permite cambios en las creencias fundamentales y cataliza el crecimiento como mecanismo para disminuir el malestar y síntomas de diestrés que acompañan a la rumia intrusiva inicial (Cann et al., 2011; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun y Reeve, 2012). Las personas que no tuvieron la necesidad de encontrar un significado a su experiencia o que reportaron menores niveles de percepción de amenaza a sus creencias fundamentales, mostraron menor CPT (Triplett et al., 2012). La rumiación intrusiva tuvo una relación positiva con el crecimiento cuando esta ocurría cercanamente al evento traumático. Sin embargo, la

rumiación deliberada resultó ser el predictor más importante de los mayores niveles de CPT (Taku, Cann, Tedeschi y Calhoun, 2009).

Para Cryder et al. (2006), la rumiación sobre el evento busca dar sentido, resolver y comprender el trauma. La rumia reflexiva y negativa tienen relación con el CPT, pero la rumiación reflexiva posee una relación directa más fuerte (Kane, 2009). Otros estudios, si bien confirman la relación directa entre rumiación reflexiva y CPT, encuentran que no hay relación significativa entre rumiación negativa y CPT (Stockton et al., 2011).



Existe evidencia de que a mayor carga de afectos negativos durante la rumiación, es menor el crecimiento, porque el estado de pesimismo disminuye las posibilidades de tratar de manera constructiva los desafíos que involucra una experiencia traumática (Calhoun et al., 2000). De esta forma, la valencia de las cogniciones rumiadas desemboca en consecuencias distintas. Por ejemplo, las personas que centran su atención en pensamiento de contenido negativo relacionados con una experiencia traumática, muestran síntomas de estrés postraumático. Al contrario, quienes rumian sobre información positiva relacionada al trauma, muestran crecimiento postraumático (Chan et al. 2011).

Si bien se ha encontrado que la rumiación es un importante predictor del CPT (Rajandram et al., 2011; Walter y Bates, 2011) existen relativamente pocos estudios que buscan diferenciar la influencia de los distintos estilos de rumiación (por ejemplo,

negativo y reflexivo versus intrusivo y deliberado). Resulta importante indagar en esta diferencia.



3. Problema de Investigación

3.1. Justificación

Estudios en Chile indican que el 39,7% de las personas ha sufrido situaciones que se pueden calificar como traumáticas (Pérez et al., 2009). El 4,4% de la población chilena ha sufrido trastorno por estrés postraumático (TEPT) alguna vez en la vida (Vicente et al., 2006; Pérez et al., 2009). Las personas que han sufrido situaciones traumáticas presentan mayor probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico en comparación a quienes no reportan traumas a lo largo de su vida (Pérez et al., 2009). Tradicionalmente la psicología se ha enfocado en las consecuencias negativas de los eventos estresantes. La psicología positiva, complementariamente, abre las puertas para identificar aspectos que permiten obtener dividendos positivos de las situaciones adversas (Lamas, 2004). Junto con el reconocimiento de la existencia de procesos de CPT resulta fundamental identificar qué factores son los que contribuyen a que éste ocurra. Es sobre esta línea de trabajo que la presente Tesis busca profundizar, identificando elementos de la forma en que las personas enfrentan las situaciones adversas que pueden contribuir a los procesos de CPT.

En particular, el interés es identificar estrategias de afrontamiento que contribuyen a facilitar el CPT. Por ejemplo, la reevaluación positiva y el apoyo social han sido documentadas como una de las estrategias que tienden a utilizar las personas que reportan mayor CPT. Siguiendo los reportes de las consecuencias dispares de los estilos

cognitivos de rumiación, pareciera ser que las personas que intencionalmente piensan en la situación catastrófica (rumiación deliberada), en búsqueda de las consecuencias positivas de su tragedia (reevaluación positiva) y buscan apoyo social para disminuir la alteración emocional, tienden a mostrar un mayor CPT.

La búsqueda de apoyo social se ha relacionado positivamente con el CPT, ello pudiese deberse al rol de esta estrategia para disminuir la activación emocional, facilita establecer relaciones de mayor intimidad o vivenciar sentimientos de compasión por otros que es una de las dimensiones del crecimiento. Una situación similar ocurre con la búsqueda de apoyo religioso, que se asocia directamente al crecimiento, pues quienes utilizan esta estrategia fortalecerían sus creencias religiosas o bien, un cambio en sus valores, que corresponde a la dimensión de cambio espiritual en el crecimiento.

La presente investigación busca indagar en estas hipótesis y aportar con información que ofrezca orientación a las personas para hacer más llevadera una situación trágica, que ya es dolorosa en sí misma y por eso requiere atención, pero además, conlleva un riesgo para su salud mental y física.

Al respecto surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que se asocian a un mayor CPT? y ¿de qué modo el pensamiento repetitivo sobre la situación y sus consecuencias -rumiación- se relaciona con el desarrollo de CPT? ¿Existen diferencias entre las formas de rumiación en su contribución al CPT?

3.2. Objetivos

General:

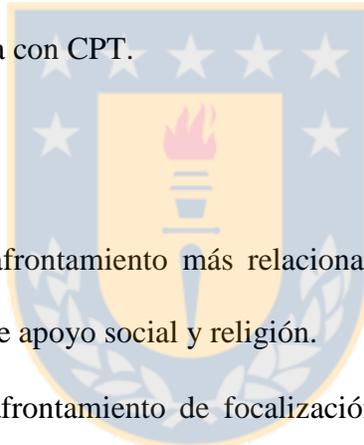
- Evaluar la relación entre CPT, estrategias de afrontamiento al estrés y formas de rumiación.

Específicos:

- Identificar las estrategias de afrontamiento que se relacionan con un mayor CPT.
- Evaluar la relación entre rumiación negativa, la rumiación reflexiva y la rumiación deliberada con CPT.

3.3. Hipótesis

- Las estrategias de afrontamiento más relacionadas con CPT son reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y religión.
- Las estrategias de afrontamiento de focalización en la solución del problema, expresión emocional abierta y evitación tienen una relación más débil o inexistente con CPT.
- Los estilos de rumiación reflexivo y deliberado se relacionan con CPT, mientras que el estilo de rumiación negativo presenta una relación débil o inexistente con éste.



4. Método

4.1. Diseño de la investigación

El estudio es de naturaleza no experimental, transversal y correlacional.

4.2. Participantes

La muestra está compuesta por 273 estudiantes de diferentes casas de educación superior de Concepción (Universidad Santo Tomás, Universidad San Sebastián, Universidad de Concepción y Universidad Católica de la Santísima Concepción), cuyo requisito es la vivencia de un evento negativo, traumático o extremadamente estresante ocurrido en una data menor o igual a cinco años. Estos fueron los mismos criterios de inclusión de participantes, que los usados en el desarrollo del instrumento original (CPI). Estos parámetros fueron consultados en el cuestionario sociodemográfico (ver anexo 1) y constituyen el criterio de inclusión para participar. El muestreo fue de tipo no probabilístico, intencional.

Del total de cuestionarios aplicados, 63 personas (23,07%) declararon no haber vivido un evento negativo estresante y perturbador, tres personas no clasificaron este evento dentro del periodo de cinco años atrás y 12 personas presentaron más del 10% de respuestas ausentes en alguno de los instrumentos y fueron descartadas. En consecuencia, 195 personas (71,43%) cumplieron los criterios de inclusión. De ellas, dos

personas no respondieron a la pregunta sobre tener o no un evento negativo significativo, pero marcaron igualmente algunas de las categorías para describir el evento estresante (vivir un desastre natural y pérdida de un ser querido) en los últimos cinco años, por cuanto fueron contabilizados en la muestra final.

A continuación se detallan las características de los participantes del estudio (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra (n=195).

Variables	n	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	60	30,77
Femenino	135	69,23
<i>Institución de Educación</i>		
Universidad Santo Tomás	42	21,54
Universidad San Sebastián	23	11,79
Universidad de Concepción	92	47,18
Universidad Católica de la Santísima Concepción	34	17,44
No indican	4	2,05
<i>Carrera</i>		
Psicología	82	42,05
Pedagogía en Historia y Geografía	23	11,79
Educación Parvularia	25	12,82
Educación Diferencial	29	14,87
Trabajo Social	3	1,54
Contador Auditor	1	0,51
Ingeniería Civil Industrial	1	0,51
Ingeniería Comercial	5	2,56
Derecho	1	0,51
Enfermería	1	0,51
Medicina	8	4,10
Biblioteconomía y Documentación	5	2,56
Nutrición y Dietética	9	4,62
Comunicación Audiovisual	1	0,51
No indican	1	0,51

La muestra estuvo mayoritariamente compuesta por mujeres (69,23%; n=135). Las edades de los participantes estaban en un rango de 18 a 41, con un promedio de 21,66 años (D.E.=2,92).

4.3. Instrumentos

A continuación se detallan las características de los instrumentos utilizados en este estudio (ver anexo 1):

Cuestionario sociodemográfico. Consistente en un registro de datos básicos sobre el género, edad, carrera, institución educativa y registro del evento.

Escala de Crecimiento Postraumático. El Inventario de Crecimiento Postraumático (CPI) de Tedeschi y Calhoun (1996, Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) evalúa los beneficios percibidos y consecuencias positivas que reportan las personas luego de vivenciar una situación adversa. Considerando la versión validada en población chilena, el cuestionario está compuesto de 21 ítems, agrupados en tres dimensiones: Cambios en la percepción de fortaleza personal, relación con otros y espiritual (García et al., 2013). El instrumento tiene modalidad de respuesta Likert de seis alternativas, donde cero equivale a ningún cambio y cinco a un cambio muy importante.

La consistencia interna para la escala original total es $\alpha=0,90$; relación con otros $\alpha=0,85$; nuevas posibilidades $\alpha=0,84$, fortaleza personal $\alpha=0,72$, cambio espiritual $\alpha=0,85$ y apreciación de la vida $\alpha=0,67$. La confiabilidad test retest (dos meses) fue de $r=0,71$ (Tedeschi y Calhoun, 1996). En Chile, el instrumento completo presentó un alfa de Cronbach de $\alpha=0,95$. En cada factor, la confiabilidad fue la siguiente: autopercepción de fortaleza $\alpha=0,92$, relación con otros $\alpha=0,89$, y cambio espiritual $\alpha=0,80$.

Cuestionario de Estrategias de afrontamiento. Sandín y Chorot (2003) desarrollaron el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés CAE, basándose en el instrumento de Lazarus y Folkman y en una escala previamente desarrollada por los mismos autores. Seleccionaron los ítems que puntuaron con mejores indicadores de fiabilidad y que perfilaron en una clara estructura factorial. El cuestionario evalúa afrontamiento que es definido por los autores como “los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras de estrés como el malestar psicológico que suele acompañar al estrés” (p.39). Este instrumento de autoinforme consiste en siete subescalas con consistencia interna aceptable: focalización en la solución del problema ($\alpha=0,85$), autofocalización negativa ($\alpha=0,64$), reevaluación positiva ($\alpha=0,71$), expresión emocional abierta ($\alpha=0,74$), evitación ($\alpha=0,76$), búsqueda de apoyo social ($\alpha=0,92$) y religión ($\alpha=0,86$). Cada subescala está compuesta de seis ítems con modalidad de respuesta Likert de 0 = nunca a 4 = casi siempre. La escala permite obtener dos medidas de afrontamiento globales: afrontamiento racional (subescalas focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda

de apoyo social) y afrontamiento emocional (subescalas autofocalización negativa y expresión emocional abierta). Estos factores coinciden con lo clásicamente denominado afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción propuestos por Lazarus y Folkman, lo que permite en parte la comparación de sus resultados con otros estudios. Este instrumento tiene como ventaja haber sido desarrollado en poblaciones hispanas. Los informes de la calidad psicométrica fueron corroborados por González y Landeros (2007) en una muestra mexicana.

Escala de Respuesta Rumiativa. La escala (Ruminative Responses Scale, RRS) es una de las medidas más utilizadas para evaluar rumiación. Una versión depurada de la escala RRS fue propuesta por Treynor et al. (2003). Esta versión permite diferenciar dos formas de rumiación: rumiación reflexiva y rumiación negativa de acuerdo a la frecuencia con que la persona reporta las conductas en los momentos cuando se encuentra triste. Utiliza modalidad de respuesta Likert (0=casi nunca a 3= casi siempre) y está compuesta por 10 ítems, de la escala original abreviada que eliminó los ítems que se sobreponían a respuestas depresivas. Los autores incorporaron dos ítems por cada escala quedando en 14 ítems totales. En población chilena, esta escala ha mostrado satisfactorios indicadores de confiabilidad de Cronbach: subescala de reflexión $\alpha=0,75$ y subescala de rumiación negativa $\alpha=0,80$ así como de validez de constructo de la distinción entre las dos formas de rumiación (Cova et al., 2007, 2009).

Subescala de Rumiación Deliberada del Inventario de rumiación (RI). El instrumento fue desarrollado por Calhoun et al. (2000) y posteriormente revisado por

Morris y Shakespeare-Finch (2011). La escala está compuesta por 12 ítems con modalidad de respuesta tipo Likert (desde 0=casi nunca hasta 3= casi siempre) que miden rumiación intrusiva, rumiación deliberada sobre los beneficios (obtenidos a causa de una situación catastrófica) y rumiación sobre el sentido de la vida. En la presente investigación se utilizaron cuatro ítems que componen la subescala de rumiación deliberada que en el estudio de Morris y Shakespeare-Finch y que fueron seleccionados por García y Cova (2013). Se obtuvo un alto coeficiente de Cronbach ($\alpha=0,86$). Este instrumento no ha sido probado en la población chilena. Su traducción fue desarrollada por García y Cova (comunicación personal, junio 26, 2013).

4.4. Procedimiento

Los participantes fueron contactados en sus respectivas casas de estudio, solicitando la autorización del cuerpo docente para la aplicación del cuestionario. El dossier de cuestionarios fue administrado por encuestadores que recibieron una capacitación previa en los criterios de inclusión y en la aplicación los instrumentos.

El protocolo de aplicación consistió en la presentación de los objetivos y características del estudio. Posteriormente, se solicitó a los voluntarios, que revisaran y completaran la información del consentimiento informado (ver anexo 2). Una vez hubiesen autorizado su participación, se solicitó que completaran los datos de la ficha sociodemográfica y los cuestionarios de acuerdo a las alternativas que mejor los

representaran. El cuadernillo presentó el material según el siguiente orden: Cuestionario sociodemográfico, CPI, CAE, RRS y subescala de rumiación deliberada del RI. El tiempo de aplicación del instrumento completo fluctuó entre 10 a 25 minutos para las personas que presentaban el criterio de inclusión. Se solicitó a quienes indicaron no tener una vivencia gravemente estresante en los últimos cinco años, que no continuaran respondiendo el cuestionario.

4.5. Análisis de datos

La consistencia interna de los instrumentos se evaluó a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach. Se realizaron análisis univariados de la muestra en todas las variables de estudio.

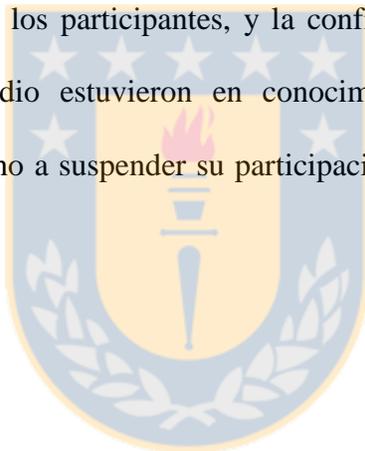
Dadas las similitudes entre los constructos de rumiación deliberada y reflexiva, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio sobre el total de ítems de rumiación. Se utilizó la extracción de mínimos cuadrados no ponderados y rotación promax sobre la matriz de correlaciones policóricas. El número de factores fue seleccionado a partir del análisis paralelo de Horn usando 5000 muestras bootstrap.

Posteriormente se utilizó el coeficiente de correlación producto momento r de Pearson y análisis de regresión múltiple en función lineal para la comprobación de las hipótesis planteadas. Para evaluar el grado de error del modelo al generalizar sus resultados a la población, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk.

Se utilizó el sistema operativo Windows 7 Ultimate, Office 2010, el paquete SPSS.15.0 y Mplus v.6 para el tratamiento estadístico de los datos.

4.6. Resguardos éticos

La presente investigación considera las normas y lineamientos publicados por el Colegio de Psicólogos de Chile, en el Código de Ética, concernientes al resguardo del bienestar y los derechos de los participantes, y la confidencialidad de la información. Los participantes del estudio estuvieron en conocimiento de los objetivos de la investigación y de su derecho a suspender su participación de momento que lo estimen conveniente (anexo 2).



5. Resultados

5.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos

En tabla 2 se detallan los coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach de las escalas y subescalas del CPI y CAE. La escala con menor consistencia interna (0,70) fue la de evitación. El ítem 16 de del cuestionario CAE, que corresponde a la subescala autofocalización negativa, presentó una correlación negativa entre el ítem y puntaje total (-0,06) que disminuía la consistencia de la escala, optándose por eliminarlo.

Tabla 2. Coeficientes de consistencia interna de CPI y CAE.

Instrumento	Casos válidos	Cantidad de ítems	Coefficiente α de Cronbach
<i>CPI</i>	174	21	0,91
Autopercepción	177	12	0,87
Relación con otros	190	7	0,86
Cambio Espiritual	193	3	0,70
<i>CAE</i>	161	42	0,81
Focalización en la solución	187	6	0,80
Autofocalización negativa	194	6	0,63
Autofocalización negativa*	194	5	0,75
Reevaluación positiva	188	6	0,73
Exposición emocional abierta	184	6	0,71
Evitación	188	6	0,70
Búsqueda de apoyo social	192	6	0,93
Religión	190	6	0,91

* Eliminando ítem 16 de escala CAE con correlación negativa.

Respecto de las escalas de rumiación se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio. En particular, el objetivo era determinar la discriminación entre los ítems de la subescala de reflexión y los ítems de la subescala de rumiación deliberada. Se realizó un análisis factorial exploratorio sobre los 18 ítems de rumiación, utilizando extracción de mínimos cuadrados no ponderados y rotación promax sobre la matriz de correlaciones policóricas. Para seleccionar el número de factores inicial, se utilizó el análisis paralelo de Horn, seleccionándose una solución de cuatro factores.

La solución de cuatro factores explica un 54% de la varianza total, con proporciones de varianza explicada de 18%, 16%, 12% y 8%, respectivamente.

El factor 1 comprende sólo ítems que originalmente corresponden a rumiación negativa. Todos los ítems funcionaban muy bien (cargas factoriales sobre 0,70), excepto los ítems uno y seis con cargas factoriales más bajas (0,55-0,53 respectivamente).

El factor 2 comprende en su mayoría ítems del estilo rumiativo deliberado y uno del reflexivo. Las cargas son muy buenas, excepto en el ítem 11 que es más baja, pero igualmente aceptable dentro de este factor. En su contenido, los ítems apuntan a pensar sobre lo que se ha aprendido respecto a la experiencia o su significado, concordando en gran parte con la estructura original del instrumento en la subescala de rumiación deliberada, excepto por el ítem 11.

El factor 3 comprende cuatro ítems, tres de rumiación reflexiva y uno de rumiación negativa. Las cargas factoriales son moderadamente buenas, entre 0,58 y 0,71. Todos los elementos están relacionados a indagar sobre las causas del estado de ánimo o forma de reaccionar. Esto muestra cierta semejanza con el estilo rumiativo reflexivo, que incorpora la intención de participar en la solución del problema de acuerdo con el planteamiento de sus autores.

El factor 4 comprende sólo dos ítems, ambos originalmente del estilo reflexivo de rumiación. La carga del ítem 10 es alta, pero la del ítem cuatro es baja. Los ítems tratan sobre aislarse para pensar sobre la situación, lo que parece resultar afín con un estilo de afrontamiento, más que con un estilo rumiativo.

Finalmente, quedaron dos ítems fuera, el 18 por carga cruzada entre los factores 1 y 2, y el ítem cinco por alta unicidad. Los resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio de las escalas de rumiación.

Ítems	Estilo rumiativo teórico	Estilo rumiativo				Factor
		F1	F2	F3	F4	
Factor 1						
1. Pienso “¿qué he hecho para merecer esto?”	Negativo	0,53	0,03	-0,09	0,20	1
6. Pienso acerca de una situación reciente, deseando que hubiera resultado mejor	Negativo	0,55	0,07	0,07	-0,11	1
7. Pienso “¿por qué tengo problemas que otras personas no tienen?”	Negativo	0,81	-0,01	-0,26	0,08	1
8. Pienso “¿por qué no puedo manejar las cosas mejor?”	Negativo	0,72	-0,02	0,22	-0,19	1
12. Le doy vueltas en mi mente una y otra vez a las cosas malas que me han pasado	Negativo	0,74	0,02	0,09	-0,05	1
14. Recuerdo todas las veces en que me pasan cosas malas	Negativo	0,73	0,01	-0,01	0,17	1
Factor 2						
11. Trato de aprender de la experiencia que he vivido	Reflexivo	-0,26	0,59	0,18	0,04	2
15. Pienso en si he aprendido algo como resultado de esta experiencia	Deliberativo	-0,19	0,71	0,21	-0,03	2
16. Pienso en si esta experiencia ha cambiado mi percepción del mundo	Deliberativo	0,06	0,87	-0,07	0,00	2
17. Pienso acerca del significado que podría tener esta experiencia para mi futuro	Deliberativo	0,14	1,01	-0,18	-0,06	2
Factor 3						
2. Analizo eventos recientes para tratar de comprender por qué estoy deprimido(a)	Reflexivo	-0,19	0,01	0,58	0,14	3
3. Pienso “¿por qué siempre reacciono de esta forma?”	Negativo	0,26	-0,18	0,68	-0,27	3
9. Analizo mi personalidad para tratar de comprender por qué estoy deprimido(a)	Reflexivo	0,08	-0,08	0,61	0,23	3
13. Trato de descubrir por qué me siento así	Reflexivo	-0,12	0,11	0,72	0,00	3
Factor 4						
4. Me aílo y pienso acerca de por qué me siento de esta forma	Reflexivo	0,19	-0,07	0,15	0,58	4
10. Voy a algún lugar solitario para pensar acerca de mis sentimientos	Reflexivo	0,01	-0,04	-0,03	0,92	4
No ajustados						
5. Escribo lo que estoy pensando y lo analizo	Reflexivo	0,03	0,17	0,09	0,16	Alta unicidad
18. Pienso acerca de si mis relaciones con otros han cambiado luego de mi experiencia	Deliberativo	0,31	0,47	0,25	-0,01	1 y 2

Se generó una segunda solución de tres factores, eliminando los ítems no ajustados (cinco y 18) y los del factor 4. Esta solución, de tres factores, explica un 54% de la varianza de los 14 ítems restantes, con proporciones de 22%, 18% y 14% de la varianza por factor. Al analizar las cargas factoriales, se puede observar que la estructura de ítem por factor no cambia de manera relevante comparado a la primera solución, por lo que las escalas rumiativas para investigación quedaron basadas en la siguiente distribución de ítems por factor (ver tabla 4):

Tabla 4. Ajuste factorial de estilos rumiativos en modelo de 3 factores.

Ítems	F1	F2	F3	Factor
<i>Factor 1: rumiación negativa</i>				
1. Pienso “¿qué he hecho para merecer esto?”.	0,60	0,05	-0,02	1
6. Pienso acerca de una situación reciente, deseando que hubiera resultado mejor.	0,52	0,07	0,05	1
7. Pienso “¿por qué tengo problemas que otras personas no tienen?”	0,85	-0,02	-0,22	1
8. Pienso “¿por qué no puedo manejar las cosas mejor?”	0,66	0,00	0,16	1
12. Le doy vueltas en mi mente una y otra vez a las cosas malas que me han pasado	0,71	0,03	0,10	1
14. Recuerdo todas las veces en que me pasan cosas malas	0,77	0,03	0,05	1
<i>Factor 2: rumiación deliberada</i>				
11. Trato de aprender de la experiencia que he vivido	-0,22	0,54	0,26	2
15. Pienso en si he aprendido algo como resultado de esta experiencia	-0,16	0,66	0,27	2
16. Pienso en si esta experiencia ha cambiado mi percepción del mundo	0,09	0,84	-0,01	2
17. Pienso acerca del significado que podría tener esta experiencia para mi futuro	0,17	1,98	-0,13	2
<i>Factor 3: rumiación reflexiva</i>				
2. Analizo eventos recientes para tratar de comprender por qué estoy deprimido(a)	0,13	0,00	0,62	3
3. Pienso “¿por qué siempre reacciono de esta forma?”	0,19	-0,16	0,53	3
9. Analizo mi personalidad para tratar de comprender por qué estoy deprimido(a)	0,17	-0,05	0,67	3
13. Trato de descubrir por qué me siento así	-0,09	0,09	0,75	3

Al ajustar un modelo de análisis confirmatorio, se observaron índices mediocres de ajuste, con chi-cuadrado de $X^2(74)= 203,50$, RMSEA=0,10, CFI=0,92, TLI=0,90.

La consistencia interna de las escalas de rumiación, con la distribución de ítems antes propuesta, se detalla a continuación (ver tabla 5):

Tabla 5. Confiabilidad de escalas de rumiación.

Instrumento	Casos válidos	Cantidad de ítems	Coefficiente α de Cronbach
Factor 1: rumiación negativa	194	6	0,81
Factor 2: rumiación deliberada	194	4	0,84
Factor 3: rumiación reflexiva	194	4	0,68

5.2. Estadísticos descriptivos

A continuación se detallan los estadísticos descriptivos de crecimiento postraumático, subescalas de afrontamiento y rumiación (ver tabla 6).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de variables intervalares.

Variable	M	D.E.
<i>Crecimiento postraumático</i>		
CPI total	57,53	20,57
Autopercepción	34,63	12,38
Relación con otros	18,90	8,46
Cambio espiritual	6,48	4,17
<i>Estrategias de afrontamiento</i>		
Focalización en la solución	13,85	4,62
Autofocalización negativa	6,07	4,05

Reevaluación positiva	15,08	4,39
Expresión emocional abierta	7,81	4,02
Evitación	11,34	4,51
Búsqueda de apoyo social	12,6	6,64
Religión	6,03	6,64
<i>Rumiación</i>		
Rumiación reflexiva	10,82	3,86
Rumiación negativa	8,42	4,60
Rumiación deliberada	7,45	3,03

Los eventos estresantes más frecuentemente experimentados por los participantes fueron la vivencia de un desastre natural y la pérdida de un ser querido o enfermedad de un familiar (ver tabla 7). 32 personas declararon haber sufrido dos o más eventos.

Tabla 7. Caracterización del tipo de evento (n=195).

Variables	n	%
<i>Tipo de evento</i>		
Suceso paranormal	1	0,51
Estrés académico	3	1,54
Privación de libertad	1	0,51
Cambio de NSE o deudas	3	1,54
Cambio de ciudad	2	1,03
Crisis familiar o de pareja	18	9,23
Desastre natural	70	35,90
Enfermedad de un familiar	32	16,41
Sufrir un acto delictual	14	7,18
Padecer una enfermedad	16	8,21
Pérdida de un ser querido	66	33,85
Vivir en zona de guerra	1	0,51
<i>Tiempo de ocurrido el evento</i>		
Entre 0 a 1 año	46	23,59

Entre 1 a 2 años	22	11,28
Entre 3 a 4 años	92	47,18
Entre 4 y 5 años	35	17,95

5.3. Relaciones bivariadas

Las estrategias de afrontamiento que presentaron niveles de asociación estadísticamente significativos y superiores a $r=0,30$ con el puntaje total de CPT fueron reevaluación positiva y religión. En tanto, la rumiación deliberada mostró la relación positiva más fuerte de los estilos de respuesta rumiativa con el puntaje total de CPT. A continuación se presentan correlaciones producto momento de Pearson entre las variables de estudio (tabla 8).

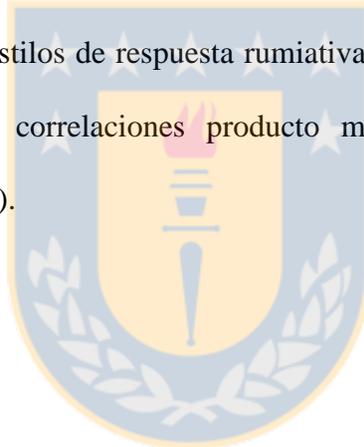


Tabla 8. Coeficientes de correlación producto momento de Pearson entre las variables de estudio (n=195).

Variabes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. CPI total	-	0,92**	0,86**	0,73**	0,19**	0,05	0,32**	0,28**	0,21**	0,27**	0,30**	0,14**	0,12	0,39**
2. Autopercepción		-	0,61**	0,53**	0,26**	-0,01	0,32**	0,27**	0,17*	0,15*	0,17*	0,16*	0,09	0,38**
3. Relación con otros			-	0,66**	0,06	0,07	0,26**	0,19**	0,20**	0,35**	0,24**	0,09	0,11	0,30**
4. Cambio espiritual				-	0,09	0,17*	0,18**	0,21**	0,12	0,24**	0,54**	0,17*	0,15*	0,24**
5. Focalización en la solución					-	-0,36**	0,33**	-0,02	0,05	0,17*	0,07	0,29**	-0,21**	0,36**
6. Autofocalización negativa						-	-0,27**	0,24**	0,14*	-0,12	-0,01	0,06	0,55**	-0,14
7. Reevaluación positiva							-	-0,03	0,15*	0,21**	0,19**	0,23**	-0,18*	0,48**
8. Expresión emocional abierta								-	0,25**	0,15*	0,07	0,18*	0,39**	0,12*
9. Evitación									-	0,11	0,80	0,05	0,19*	0,10
10. Búsqueda de apoyo social										-	0,21**	0,18**	0,00	0,29**
11. Religión											-	0,11	-0,02	0,19**
12. Rumiación reflexiva												-	0,24**	0,41**
13. Rumiación negativa													-	-0,03
14. Rumiación deliberada														-

* $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

5.4. Análisis multivariado

Este apartado muestra los resultados donde se modela el CPT en función lineal de las estrategias de afrontamiento y estilos de rumiación, usando el procedimiento de regresión múltiple de mínimos cuadrados ponderados.

Previo a la realización del análisis, se procedió a revisar el cumplimiento de los supuestos de normalidad en la distribución de los residuos, ausencia de relaciones no lineales y homoscedasticidad en la distribución de residuos. Cabe mencionar que el análisis de residuos mostró falta de normalidad (de acuerdo la prueba de Shapiro-Wilk, $p < 0,01$); se observó también un cierto grado de heterocedasticidad. Específicamente, se observó una disminución de la varianza en valores altos predichos y subestimación en los rangos altos y bajos de valores predichos. Esto indica que la generalización de estos resultados debe ser cuidadosa y que deben incorporarse otras variables que contribuyan a la predicción del CPT.

En la tabla 9 se detallan los resultados del modelo de regresión con todas las estrategias de afrontamiento y estilos de rumiación del estudio sobre CPT.

Tabla 9. Resultados del análisis de regresión múltiple de CPT, estrategias de afrontamiento y rumiación.

VARIABLES INDEPENDIENTES	B	EE	T	Sig
(Intercepto)	0,00	0,06	0,00	1,00
Focalización en la solución	0,07	0,07	0,96	0,34
Autofocalización negativa	0,08	0,08	1,05	0,30
Reevaluación positiva	0,18	0,07	2,37	0,02*
Expresión emocional abierta	0,18	0,07	2,56	0,01*
Evitación	0,08	0,07	1,16	0,25
Apoyo Social	0,11	0,07	1,68	0,09
Religión	0,18	0,06	2,84	0,01*
Rumiación reflexiva	-0,09	0,07	-1,23	0,22
Rumiación negativa	0,06	0,08	0,70	0,48
Rumiación deliberada	0,24	0,08	3,13	0,00**

$R^2 = 0,31$ (R^2 ajustado = 0,28)

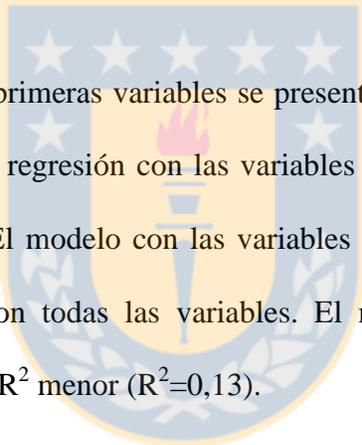
p < 0,01; **: p < 0,05*

Variable dependiente: CPT. Coeficientes Estandarizados

El coeficiente de determinación (varianza explicada) es de $R^2=0,31$. Las variables que se muestran como significativas son reevaluación positiva, expresión emocional abierta, religión y rumiación deliberada. La variable con un beta estandarizado más alto es rumiación deliberada.

5.4.1 Comparación de modelos

Para verificar la hipótesis que las variables reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, religión, rumiación reflexiva y deliberada tienen una relación más fuerte con crecimiento post-traumático que otras variables de afrontamiento y rumiación (focalización en la solución del problema, expresión emocional abierta, evitación y rumiación negativa), se comparó el resultado de un modelo que contuviera las primeras variables con respecto al segundo, según sus R^2 (coeficiente de determinación).



El modelo con las primeras variables se presenta en la tabla 10. En la tabla 11 se presenta el modelo de regresión con las variables que se predijo tendrían débil o nula relación con CPT. El modelo con las variables sugeridas presenta un $R^2=0,24$, similar al del modelo con todas las variables. El modelo que se predijo tendría relación débil, obtuvo un R^2 menor ($R^2=0,13$).

La diferencia de R^2 es de 0,11 a favor del modelo 1, indicando que las variables incluidas son más relevantes en la predicción del CPT.

Tabla 10. Resultados del análisis de regresión múltiple sobre CPT de las estrategias de afrontamiento y rumiación de las hipótesis de investigación. Modelo 1

Variables independientes	B	EE	T	Sig
(intercepto)	0,00	0,06	0,00	1,00
Reevaluación positiva	0,14	0,07	1,90	0,06
Apoyo Social	0,14	0,07	2,04	0,04*
Religión	0,20	0,07	3,02	0,00**
Rumiación reflexiva	-0,03	0,07	-0,37	0,72
Rumiación deliberada	0,26	0,08	3,36	0,00**
$R^2 = 0,24$ (R^2 ajustado = 0,22)				
p < 0,01; **: p < 0,05*				
Variable dependiente: CPT. Coeficientes Estandarizados				

Tabla 11. Resultados del análisis de regresión múltiple sobre CPT de estrategias de afrontamiento y rumiación ausentes en las hipótesis de investigación. Modelo 2

Variables independientes	B	EE	t	Sig
(intercepto)	0,00	0,07	0,00	1,00
Focalización en la solución del problema	0,20	0,07	2,79	0,01**
Autofocalización negativa	0,03	0,08	0,31	0,75
Expresión emocional abierta	0,22	0,08	2,96	0,00**
Evitación	0,14	0,07	2,02	0,04*
Rumiación negativa	0,03	0,09	0,30	0,77
$R^2 = 0,13$ (R^2 ajustado = 0,11)				
p < 0,01; **: p < 0,05*				
Variable dependiente: CPT. Coeficientes Estandarizados				

Para verificar que el resultado es generalizable a la población, se hizo un remuestreo bootstrap de 5000 muestras, en las cuales se restó el R^2 del modelo 1 al 2. El cuantil al 5% inferior de la distribución de diferencias entre los modelos es $R^2_{\text{modelo 1}} - R^2_{\text{modelo 2}} = 0,0037$, superior al valor de 0 dado por la hipótesis

nula que señala que el modelo 2 predice igual o mejor que el modelo 1. Esto indica que se puede aceptar la hipótesis que, en la población, las cinco primeras variables explican más varianza que las segundas.



6. Discusión y conclusión

Como hipótesis de investigación se planteó que el CPT se relacionaría específicamente con algunas formas de afrontamiento: reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y afrontamiento por religión. Por el contrario, se hipotetizó que focalización en la solución del problema, expresión emocional abierta, evitación y rumiación negativa no tendrían una relación con CPT. Respecto de los estilos rumiativos, se hipotetizó que los estilos reflexivo y deliberado tendrían relación con CPT; por el contrario, se planteó que el CPT no relacionaría con el estilo de rumiación negativo.

Los resultados obtenidos confirman parcialmente las hipótesis planteadas. A nivel bivariado reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, religión, rumiación reflexiva y deliberada mostraron relación directa con CPT. También, de acuerdo a lo esperado, no se observó asociación entre rumiación negativa y CPT. En contraste con lo esperado, se encontró relación bivariada entre CPT con evitación, expresión emocional abierta y focalización en la solución.

A nivel multivariado, la comparación del modelo 1, que incluía como predictoras todas aquellas variables de las que se esperaba mayor relación con CPT (afrontamiento por religión, reevaluación positiva, apoyo social, rumiación reflexiva y rumiación deliberada) con el modelo 2 (que incluía rumiación negativa y las estrategias de afrontamiento de las que no se esperaba mayor relación con CPT como focalización en la solución del problema, autofocalización negativa, expresión

emocional abierta, evitación y rumiación negativa) mostró una clara mayor capacidad explicativa del CPT del modelo 1.

Los resultados multivariados de las variables hipotetizadas como predictoras del CPT mostraron una relación independiente significativa de la rumiación deliberada, afrontamiento por religión y búsqueda de apoyo social. Rumiación reflexiva no mostró en ningún análisis multivariado relación con CPT. Reevaluación positiva solo la mostró en el análisis que consideró el conjunto total de potenciales predictores pero no como parte del modelo 1. Por su parte apoyo social fue significativo en el modelo 1, pero no en el análisis que incluyó al conjunto de predictores.

En síntesis, estos resultados indican relación de las variables reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, afrontamiento por religión y rumiación deliberada con CPT tanto a nivel bivariado como multivariado. En todos los tipos de análisis multivariados, religión y rumiación deliberada muestran una relación estadísticamente significativa con CPT. Rumiación deliberada es la variable con una asociación más intensa.

La clara relación observada del afrontamiento por religión con el CPT es concordante con la investigación en el tema. La religiosidad se presenta como una de las estrategias más relevantes asociadas al CPT en la revisión de Rajandram et al. (2011). Se ha encontrado que la religiosidad se relaciona al CPT porque las personas que viven experiencias extremas buscan experiencias religiosas o participación en

servicios religiosos que los prepare para el crecimiento espiritual, aunque este acercamiento puede ser previo a la experiencia traumática (Calhoun et al. 2000). En esa investigación se consultó la frecuencia de asistencia a servicios religiosos y la importancia de la religión en las vidas de quienes presentaron CPT y se encontró relación entre la religión y el puntaje total de CPT. Los resultados del presente estudio miden la religiosidad en la forma de afrontamiento focalizado en la religión, que corresponde a conductas que evidencian acercamiento a servicios religiosos y apertura a experiencias espirituales (por ejemplo: rezar, asistir a la iglesia, pedir ayuda espiritual o confiar en que Dios remediará las cosas). Con esta medida igualmente se encontró relación entre las variables.

Por su parte, también era esperable la relación observada con rumiación deliberada (Calhoun et al., 2000; Cho y Park, 2013; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Taku et al., 2012; Triplett et al., 2012; Zoellner y Maerker, 2006). Estos resultados son concordantes con lo planteado por otros autores dado que la rumiación deliberada consiste en una búsqueda voluntaria para comprender lo ocurrido y darle sentido a sus consecuencias, similar a lo que ocurre en una de las dimensiones del crecimiento (búsqueda de nuevas posibilidades), donde las personas evidencian apertura a aprovechar su experiencia y transformarla en oportunidad (Tedeschi y Calhoun 1996, 2004). Probablemente es así un proceso fundamental en el cambio de las creencias y esquemas cognitivos de quienes sufren eventos adversos (Cann et al., 2011).

La rumiación deliberada se mostró como un factor diferente de la reflexión. La reflexión mostró relación con CPT solo a nivel bivariado. La rumiación reflexiva es un componente de la rumiación que no ha logrado estar bien delimitado conceptual y empíricamente (Miranda y Nolen-Hoeksema, 2007). De allí que su efecto aparezca contradictorio en diferentes investigaciones, pues existen resultados donde se encuentra relación directa con CPT (Kane, 2009) y otros que el efecto desaparece al presentarse otros tipos de rumiación en niveles altos (Stockton et al., 2011).

La importancia del apoyo social en el CPT ha sido indicada por otras investigaciones. Tedeschi y Calhoun (2004) indican que el apoyo social ejerce su efecto en la reducción del estrés emocional para permitir el cambio de esquemas cognitivos a través de la rumiación deliberada. Otros estudios han confirmado esta asociación (Rajandram, et al., 2010) particularmente en la capacidad predictiva del apoyo social sobre CPT cuando éste implica soporte emocional (Schroevers et al., 2010). Los resultados obtenidos son convergentes con estos planteamientos, si bien no son enteramente consistentes.

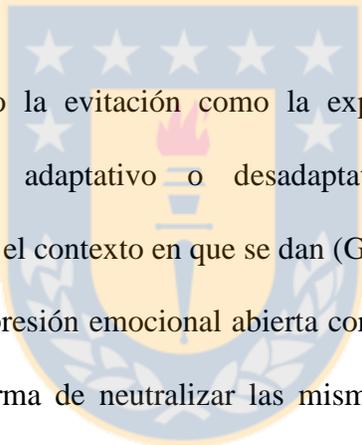
Tampoco la relación de CPT con reevaluación positiva fue enteramente consistente. Se podría hipotetizar algún efecto de mediación, pero ello exigiría estudios posteriores. Diversas investigaciones han mostrado que la reevaluación positiva se asocia a CPT (Rajandram et al., 2011; Sears, Stanton y Danoff-Burg, 2003; Zoellner, y Maercker, 2006). La reevaluación tiene en común con la rumiación deliberada la búsqueda intencionada de respuestas o nuevas perspectivas de las situaciones. Es posible se genere un efecto de anulación entre ambas por la varianza

compartida. Existen ítems que son muy parecidos, por ejemplo, el ítem 10 del CAE “Intenté sacar algo positivo del problema” con el ítem 15 de rumiación “Pienso en si he aprendido algo como resultado de esta experiencia”. Por su parte, la reevaluación positiva acentúa más que la rumiación deliberada, el obtener conclusiones a consecuencia del reflexionar, por ejemplo en ítems como “descubrí que en la vida hay cosas buenas y que la gente se preocupa por los demás”, versus “pienso acerca del significado que podría tener esta experiencia para mi futuro” del estilo deliberado. Sin embargo, reevaluación positiva sí mostró relación con CPT cuando se consideraron todos los predictores potenciales y no solo los hipotetizados, por lo que su comportamiento no resulta claro.

Contrariamente a lo hipotetizado, focalización en la solución del problema, expresión emocional abierta y evitación mostraron relación con CPT, si bien débil. La única de todas estas estrategias que mostró una relación consistente con CPT en los diversos análisis fue la expresión abierta de emociones.

La relación de focalización en la solución del problema no es sorprendente dado que se trata de una estrategias activas de afrontamiento, las que han mostrado como conjunto poseer relación con CPT (Yanez, Stanton, Hoyt, Tennen y Lechner, 2011). Sin embargo, en revisiones sobre la relación entre CPT y estrategias de afrontamiento, la focalización en la solución del problema no se presenta como una variable consistente en la predicción del crecimiento (Rajandram et al., 2011; Zoellner, y Maercker, 2006). Resulta coherente agrupar las estrategias que buscan deliberadamente tener una perspectiva optimista y abierta al aprendizaje. Dentro de

ellas se podría albergar a la búsqueda intencionada de aprendizajes en relación a las dificultades vividas (reevaluación positiva, según Londoño et al., 2006), la recurrencia de pensamientos voluntarios buscando entender lo ocurrido (rumiación deliberada según Calhoun, Cann y Tedeschi, 2010, citado en Cann et al., 2011) y la introspección con foco en la solución del problema (rumiación reflexiva, según Treynor et al., 2003). Las estrategias anteriores parecen tener similitudes con el afrontamiento focalizado en la solución del problema donde se realizan esfuerzos por generar estrategias que permitan resolver el problema (Londoño et al., 2006) y ello explicaría por qué se encontró relación entre esta estrategia y CPT.

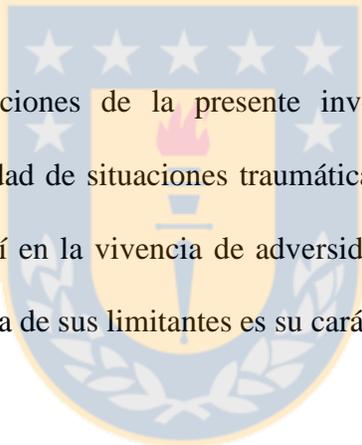


Por su parte, tanto la evitación como la expresión emocional abierta son estrategias cuyo valor adaptativo o desadaptativo no está claro, siendo particularmente relevante el contexto en que se dan (Gangstad et al., 2009; Shigemoto y Poyrazli, 2013). La expresión emocional abierta corresponde a la manifestación de emociones como una forma de neutralizar las mismas (Londoño et al., 2006). La subescala está compuesta por ítems del tipo: “Descargué mi humor con los demás; Insulté a ciertas personas; Luché y me desahogué expresando mis sentimientos”. Se ha observado que la expresión emocional abierta puede mermar el ajuste de la persona a una situación estresante (Campos et al., 2004, Sandin y Chorot, 2003). Sin embargo, en muestras latinas se ha encontrado relación directa entre la expresión emocional abierta y el CPT en mujeres, e inversa en hombres (Bustos, 2011). La presente muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres, lo que podría influir en el resultado.

La relación observada entre evitación y CPT fue muy débil. La evitación consiste en intentos cognitivos y conductuales voluntarios para distraerse del problema (Campos et al., 2004) y fue medida en ítems como “Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas”. Dentro del cuestionario aplicado, la evitación parece más cercana a lo que otros instrumentos describen como distracción. Esta estrategia ha sido considerada como parte de un grupo secundario de afrontamiento que se relaciona con la aceptación y la reestructuración cognitiva (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Al respecto, Campos y su equipo (2004), señalan que algunas investigaciones la asocian a menor malestar y depresión y desde allí podría explicarse una asociación con CPT, aunque conviene profundizar en esta relación.

Resulta importante destacar las implicancias de los hallazgos del presente estudio, en términos de perfilar estrategias que permitan a las personas superar los eventos adversos vividos, potenciando la reflexión hacia la obtención de nuevas percepciones del sí mismo como alguien más capaz, fuerte o valioso; de la satisfacción de compartir relaciones más profundas con otros; y considerar la propia existencia dentro de un sentido trascendente. El CPT es importante para la vida de quienes viven traumas porque esta nueva perspectiva del mundo ayuda a por lo menos a aliviar el dolor al revivir el pasado, e incluso se podría hipotetizar un impacto en la autoestima, satisfacción con la vida, autonomía, capacidad para soportar otras vivencias adversas, altruismo, entre otros efectos beneficiosos.

Los resultados obtenidos ponen de realce asimismo la importancia que las personas que viven traumas, tengan disponibilidad de contar con personas significativas que den soporte emocional, orienten o tan solo escuchen a la persona herida, pues puede contribuir a reconstruir la historia dolorosa y darle una nueva mirada. Por otra parte, la confirmación que la búsqueda de apoyo religioso es relevante para el CPT, implica fomentar en quienes viven tragedias, la búsqueda de un sentido de lo ocurrido y darle un significado más allá. Estas reflexiones estarían en sintonía con los llamados procesos rumiativos deliberados que buscan aprender voluntariamente de lo vivido.



Una de las limitaciones de la presente investigación es la inclusión de participantes con diversidad de situaciones traumáticas o perturbadoras, que pueden ser muy distantes entre sí en la vivencia de adversidad, y por ende, cuestionable la comparación de ellas. Otra de sus limitantes es su carácter retrospectivo.

Se recomienda que futuras investigaciones indaguen la relación entre CPT como variable independiente y evitación, focalización en la solución del problema y expresión emocional abierta, así como la interacción de dichas variables. Se sugiere incorporar variables individuales disposicionales o examinar las particularidades culturales que puedan explicar la relación de estas estrategias y CPT.

Referencias

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64*, 900–922.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Aliaga, F. & Capafóns, A. (1996). La medida del afrontamiento: Revisión crítica de la “Escala de Modos de Coping” (Ways of coping). *Ansiedad y Estrés, 2*(1), 17-26.
- Anderson, W. P. & Lopez-Baez, S. I. (2008). Measuring growth with the Posttraumatic Growth Inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 40*, 215-227.
- Austenfeld, J. L. & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality, 72*(6), 1335-1364.
- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A. & Tedeschi, R. G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma, 13*, 450–465. doi: 10.1080/15325020802171367
- Boals, A., Steward, J. M. & Schuettler, D. (2010). Advancing our understanding of posttraumatic growth by considering event centrality. *Journal of Loss and Trauma, 15*, 518–533. doi: 10.1080/15325024.2010.519271

- Bostock, L., Sheikh, A. I. & Barton, S. (2009). Posttraumatic Growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 281–296. doi: 10.1007/s10880-009-9175-6
- Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Croker, P. R. & Sabiston, C. M. (2009). The posttraumatic growth inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(8), 830-838. doi: 10.1002/pon.1640
- Burwell, R.A. & Shirk, S.R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 56-65.
- Bustos, A. C. (2011). *Cuando se acaba el amor: Estrategias de afrontamiento, duelo por pérdidas amorosas y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios* (Tesis para optar al título de psicólogo clínico). Universidad San Francisco, Quito.
- Cadell, S., Regehr, C. & Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287. doi:10.1037/0002-9432.73.3.279
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521–527.
- Calmes, C. A. & Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 343–356. doi: 10.1007/s10608-006-9026-9

- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of wellbeing. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 15(3), 151-166. doi: 10.1080/15325020903375826
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T. & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 24(2), 137-156. doi: 10.1080/10615806.2010.529901
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Chan, M. W., Ho, S. M., Tedeschi, R. G. & Leung, C. W. (2011). The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 20, 544-552. doi: 10.1002/pon.1761
- Cho, D. & Park, C. L. (2013). Growth following trauma: Overview and current status. *Terapia Psicológica*, 31(1), 69-79.
- Cieslak, R., Beninght, C., Schmidt, N., Luszczynska, A., Curtin, R., Clark, R. A. & Kissinger, P. (2009). Predicting posttraumatic growth among hurricane Katrina survivors living with HIV: The role of self-efficacy, social support,

- and PTSD symptoms. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(4), 449-463. doi: 10.1080/10615800802403815
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 895–903. doi: 10.1002/jts.20171
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R. & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. doi: 10.1037//0278-6133.20.3.176
- Costa, G. L. & Gil, F. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psico-oncología*, 5(1), 27-37.
- Cova, F., Rincón, P. & Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 175-183.
- Cova, F., Rincón, P. & Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27(2), 155-160.
- Cruz, B., Austria-Corrales, F., Herrera-Kingelher, L., Vásquez-García, J., Vega, C. Z. & Salas-Hernández, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: Un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 69(3), 137-142.
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 65–69. doi: 10.1037/0002-9432.76.1.65

- 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. doi: 10.1037/a0021865
- Dekel, R. & Nuttman-Scwartz, O. (2009). Posttraumatic stress and growth: The contribution of cognitive appraisal and sense of belonging to the country. *Health and Social Work*, 34(2), 87-96.
- Ehring, T. & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- Engelkemeyer, S. M. & Marwit, S. J. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 344–346. doi: 10.1002/jts.20338
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(1), 3-14. doi: 10.1080/10615800701740457
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychological Association*, 55(6), 647-654. doi: 10.1037//0003-066X.55.6.647
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Frazier, P., Conlon, A. & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-1055. doi: 10.1037/AJ022-006X.69.6.1048

- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L. & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 179–188.
- Gangstad, B., Norman, P. & Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 69-75. doi: 10.1037/a0014639
- García, F. & Cova, F. (2013, julio). *Afrontamiento, sintomatología postraumática y crecimiento postraumático en personas que perdieron su hogar por un terremoto*. Ponencia presentada en el XXXIV Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, Brasilia, Brasil.
- García, F. E., Cova, F. & Melipillán, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población Chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 145-153.
- González, M. T. & Landeros, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Hagenaars, M. A. & Van Minnen, A. (2010). Posttraumatic growth in exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 504–508. doi: 10.1002/jts.20551
- Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Latchis Carter, I., Abela, J. R. & Adams, P. (2007). Are Neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(1), 29-63.

- 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. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797
- Hervas, G. & Vazquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion, 11*, 881-895. doi: 10.1037/a0021770
- Ho, S. M., Chan, C. L. & Ho, R. T. (2004). Posttraumatic growth in Chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology, 13*, 377–389. doi: 10.1002/pon.758
- Ho, S. M., Chu, K. W. & Yiu, J. (2008). The relationship between explanatory style and posttraumatic growth after bereavement in a non-clinical sample. *Death Studies, 32*, 461-478. doi: 10.1080/07481180801974760
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennen, P. L. & Schutte, K. K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 658–666. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.658
- Holgerson, K., Boe, H. J. & Holen, A. (2010). Long-Term perspectives on posttraumatic growth in disaster survivors. *Journal of Traumatic Stress, 23*(3), 413–416. doi: 10.1002/jts
- Inoñán, C. (2011). *Propiedades psicométricas de la escala de respuestas rumiativas en una muestra de adultos de Lima* (Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú: Perú. Recuperada de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1286>
- Joseph, S. & Butler, L. (2010). Positive changes following adversity. *National Center for PTSD: Research Quarterly, 21*(3), 1-9.

- Joseph, S. & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review* 26, 1041- 1053. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.006
- Kane, J. Q. (2009). *An examination of a two-factor model of rumination and its impact on the relationship between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder* (Tesis doctoral, George Mason University). Recuperada de http://gateway.proquest.com/openurl%3furl_ver=Z39.88-2004%26res_dat=xri:pqdiss%26rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation%26rft_dat=xri:pqdiss:3377702
- Lamas, H. (2004). Promoción de salud: una propuesta desde la psicología positiva. *Liberabit*, 10, 45-67.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Stress, appraisal and coping [*Estrés y Procesos Cognitivos*] Barcelona: Martínez Roca.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- Londoño, N. H., Henao, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. & Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- McCaslin, S. E., de Zoysa, P., Butler, L. D., Hart, S., Marmar, C. R., Mezler, T. J. & Koopman, C. (2009). The relationship of posttraumatic growth to peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms among Sri Lankan

- University students. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 334–339. doi: 10.1002/jts.20426
- McLaughlin, K. A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.006
- Milam, J. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(1), 2353-2376. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.817
- Miranda, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3088–3095. doi:10.1016/j.brat.2007.07.015
- Moos, R. H. & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387–1403. doi: 10.1002/jclp.10229
- Morán, C., Landero, R. & González, M. T. (2009). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Morris, B. A. & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1176-1183. doi: 10.1002/pon.1827
- Nava-Quiroz, C., Vega-Valero, C. Z. & Soria, R. (2010). Escala de Modos de Afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. *Universitas Psychologica*, 9(1), 139-147.

- Nolan, S. A., Roberts, J. E. & Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511. doi: 10.1037//0021-843X.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198–207. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.198
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Olson, M. L. & Kwon, P. (2008). Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 788-802. doi: 10.1007/s10608-007-9173-7
- Önder, N. (2012). *The mediating role of coping strategies in the basic personality traits-PTG and locus of control- PTG relationships in breast cancer patients* (Tesis de maestría, Middle East Technical University, Turkey). Recuperada de <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12614341/index.pdf>

- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 261-273.
- Park, C. L., Cohen, L. H. & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality, 64*(1), 71-105.
- Penley, J. A., Tomaka, J. & Wiebe, J. S. (2002). The Association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine, 25*(6), 551-603.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment, 74*(1), 63-87.
- Pérez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. & Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental, 31*, 145-153.
- Peterson, Ch., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W. & Seligman, M. E. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 214–217. doi: 10.1002/jts.20332
- Proffitt, D., Cann, A., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2007). Judeo-Christian clergy and personal crisis: Religion, posttraumatic growth and wellbeing. *Journal of Religion and Health, 46*(2), 219-231. doi: 10.1007/s10943-006-9074-1

- Rabe, S., Zöllner, T., Maercker, A. & Karl, A. (2006). Neural correlates of posttraumatic growth after severe motor. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 880-886. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.880
- Rajandram, R., Jenewein, J., McGrath, C. & Zwahlen, R. A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: An evidence-based review. *Support Care Cancer, 19*, 583–589. doi: 10.1007/s00520-011-1105-0
- Robinson, M. S. & Alloy, L. B. (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 275–292.
- Rueda, M. B. & Aguado, A. L. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular* (1a edición) [versión electrónica]. Madrid: Imsero.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*(1), 39-54.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R. & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*, 46–53. doi: 10.1002/pon.1501
- Schroevers, M. J. & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: Relationships with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology, 17*, 1239–1246. doi: 10.1002/pon.1366
- Sears, S. R., Stanton, A. L. & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic

- growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology* 22(5), 487–497. doi: 10.1037/0278-6133.22.5.487
- Segerstrom, S. C., Tsao, J. I., Alden L. E. & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: repetitive thought as concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 671–688.
- Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Senol-Durak, E. & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*, 17, 150–158. doi: 10.1007/s10880-010-9192-5
- Shakespeare-Finch, J. & Copping, A. (2006). A grounded theory approach to understanding cultural differences in posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 355-371. doi: 10.1080/15325020600671949
- Shakespeare-Finch, J. E. & Barrington, A. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 433-439. doi:10.1002/jts.21730
- Shigemoto, Y. & Poyrazli, S. (2013). Factors related to posttraumatic growth in U.S. and Japanese college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 128-134. doi: 10.1037/a0026647
- Siegle, G. J., Moore, P. M. & Thase, M. E. (2004). Rumination: One construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 645-668.

- 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. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
- Spasojevic, J. & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1, 25-37. doi: 10.1037//1528-3542.1.1.25
- Stockton, H., Hunt, N. & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 85-92. doi: 10.1002/jts.20606
- Taku, K. (2012). Posttraumatic growth in American and Japanese men: Comparing levels of growth and perceptions of indicators of growth. *Psychology of Men & Masculinity*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0029582
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P. & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(4), 353-367. doi: 10.1080/10615800701295007
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R.G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 158-164. doi: 10.1002/jts.20305
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 129-136. doi: 10.1080/10615800902317841

- Taku, K., Kilmer, R. P., Cann, A., Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2012). Exploring posttraumatic growth in Japanese youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(4), 411-419. doi: 10.1037/a0024363
- 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.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Trapnell, P. D. & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284-304.
- Treynor, W., González, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Triplett, K., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G. & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400-410. doi: 10.1037/a0024204
- Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I. & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1323-1370.

- Walter, M. & Bates, G. (2012). Posttraumatic growth and recovery from posttraumatic stress disorder. En V. Olisah (ed.), *Posttraumatic Growth and recovery from post traumatic stress disorder: Essential Notes in Psychiatry* (pp 143-185). Recuperado de <http://www.intechopen.com/books/essential-notes-in-psychiatry/post-traumatic-growth-and-recoveryfrom-post-traumatic-tress-disorder>
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), 96-107. doi: 10.1177/0146167202238375
- Weiss, T. & Berger, R. (2006). Reliability and validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 191-199. doi: 10.1177/1049731505281374
- Whitmar, A. & Gotlib, I. H. (2011). Brooding and reflection reconsidered: a factor analytic examination of rumination in currently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 99-107. doi: 10.1007/s10608-011-9361-3
- Willem, L., Bijttebier, P., Claes, L. & Raes, F. (2011). Rumination subtypes in relation to problematic substance use in adolescence. *Personality and Individual Differences*, 50, 695-699.
- Yanez, B. R., Stanton, A. L., Hoyt, M. A., Tennen, H. & Lechner, S. (2011). Understanding perceptions of benefit following adversity: How do distinct assessments of growth relate to coping and adjustment to stressful events? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(7), 699-721.

Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008



CPI

Ahora te propondremos algunas afirmaciones relacionados con la situación adversa que mencionaste anteriormente. Favor indica con una X en la expresión que más se acerca a tu experiencia:

Después de la situación adversa	Ningún Cambio	Un cambio muy ligero	Un cambio ligero	Un cambio moderado	Un cambio importante	Un cambio muy importante
1. He cambiado la escala de valores de mi vida, las prioridades de lo que es importante en la vida	0	1	2	3	4	5
2. Aprecio más el valor de mi vida o la valoro más	0	1	2	3	4	5
3. Tengo o he desarrollado nuevos intereses	0	1	2	3	4	5
4. Tengo más confianza en mí mismo	0	1	2	3	4	5
5. Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente	0	1	2	3	4	5
6. Me doy cuenta de que puedo contar con las personas en caso de crisis o necesidad	0	1	2	3	4	5
7. He construido un nuevo rumbo o caminos en la vida	0	1	2	3	4	5
8. Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás	0	1	2	3	4	5
9. Estoy más dispuesto a expresar mis emociones de forma más espontánea	0	1	2	3	4	5
10. Siento que puedo arreglármelas mejor en momentos difíciles	0	1	2	3	4	5
11. Creo o me siento capaz de hacer cosas mejores en mi vida	0	1	2	3	4	5
12. Acepto más fácilmente el modo en que van las cosas en mi vida o puedo aceptar mejor las cosas como vienen	0	1	2	3	4	5
13. Aprecio cada vez más el nuevo día o puedo valorar mejor el día a día	0	1	2	3	4	5
14. Veo que hay oportunidades que antes no consideraba o han aparecido oportunidades que, de no haber pasado esto, no habrían sucedido	0	1	2	3	4	5
15. Tengo o siento más compasión hacia los demás	0	1	2	3	4	5
16. Aporto o pongo más energía en las relaciones personales	0	1	2	3	4	5
17. Estoy más dispuesto a afrontar las cosas que hay que cambiar o intento más cambiar aquellas cosas que deben ser cambiadas	0	1	2	3	4	5
18. Tengo más fe religiosa	0	1	2	3	4	5
19. He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba	0	1	2	3	4	5
20. He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser	0	1	2	3	4	5
21. Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás	0	1	2	3	4	5

CAE

Instrucciones: A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y *recordar en qué medida la has utilizado recientemente cuando has tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodea con un círculo la opción que mejor represente el grado en que empleaste cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.* Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, ten en cuenta que esto no quiere decir que pienses en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año).

¿Cómo te has comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
4. Descargué mi mal humor con los demás	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
7. Asistí a la Iglesia	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
10. Intenté sacar algo positivo del problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
11. Insulté a ciertas personas	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
18. Me comporté de forma hostil con los demás	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
25. Agredí a algunas personas	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>

26. Procuré no pensar en el problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
32. Me irrité con alguna gente	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
35. Recé	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
40. Intenté olvidarme de todo	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>

RRS

Las personas pensamos de maneras muy distintas cuando estamos tristes, nostálgicas o deprimidas. En este cuestionario se te presenta una lista de conductas posibles cuando uno se siente bajado, triste o deprimido. Por favor, indica si esa conducta ocurre en ti casi nunca, a veces, frecuentemente o casi siempre (MARCA CON UNA CRUZ). Responde lo que generalmente haces, no lo que crees que deberías hacer.

CUANDO ESTOY BAJADO, NOSTÁLGICO O TRISTE:	Casi Nunca	A Veces	Frecuentemente	Casi Siempre
1. Pienso “¿qué he hecho para merecer esto?”.				
2. Analizo eventos recientes para tratar de comprender por qué estoy deprimido(a).				
3. Pienso “¿por qué siempre reacciono de esta forma?”.				
4. Me aíso y pienso acerca de por qué me siento de esta forma.				
5. Escribo lo que estoy pensando y lo analizo.				
6. Pienso acerca de una situación reciente, deseando que hubiera resultado mejor.				
7. Pienso “¿por qué tengo problemas que otras personas no tienen?”.				
8. Pienso “¿por qué no puedo manejar las cosas mejor?”.				
9. Analizo mi personalidad para tratar de comprender por qué estoy deprimido(a).				
10. Voy a algún lugar solitario para pensar acerca de mis sentimientos.				
11. Trato de aprender de la experiencia que he vivido.				
12. Le doy vueltas en mi mente una y otra vez a las cosas malas que me han pasado.				
13. Trato de descubrir por qué me siento así.				
14. Recuerdo todas las veces en que me pasan cosas malas.				
15. Pienso en si he aprendido algo como resultado de esta experiencia				
16. Pienso en si esta experiencia ha cambiado mi percepción del mundo				
17. Pienso acerca del significado que podría tener esta experiencia para mi futuro				
18. Pienso acerca de si mis relaciones con otros han cambiado luego de mi experiencia				

Muchas gracias.

Anexo 2: Consentimiento informado



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Psicología – Magíster en Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación corresponde a una Tesis de Magíster en Psicología realizada en la Universidad de Concepción. Su objetivo es identificar factores relacionados con la respuesta a eventos extremos.

En este contexto, invitamos a Ud. a participar en este estudio completando los cuestionarios adjuntos a continuación. Es el único requerimiento para participar de esta investigación. Los resultados de esta investigación permitirán aportar con información que ofrezca orientación a las personas para hacer más llevadera una situación trágica.

De Ud. aceptar, rogamos firmar este documento que detalla las condiciones de su participación.

Acta de consentimiento

Acepto participar voluntariamente en el estudio descrito, sobre la base de las siguientes condiciones adicionales:

- Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad y datos personales permanecerán en forma confidencial.
- Podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones.
- Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por la investigadora responsable Ps. Paola Avilés Maldonado, mail paolaaviles@udec.cl

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____