

Emma Guilarte Altarriba

**ESTUDI PREDICTIU DE LA RESILIÈNCIA SOBRE EL CREIXEMENT PERSONAL
EN ÈPOCA DE CONFINAMENT EN POBLACIÓ GENERAL**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit pel Dr. Joan Boada Grau

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

ÍNDEX

1. Marc teòric	1
<i>La resiliència</i>	1
<i>Esdeveniment traumàtic i trauma</i>	3
<i>Creixement personal posttraumàtic (PTG)</i>	8
<i>Trastorn d'estrès posttraumàtic</i>	11
<i>Resiliència, Trastorn d'estrès posttraumàtic i PTG</i>	15
2. Objectiu general i hipòtesis	17
3. Mètode	18
3.1. <i>Participants</i>	18
3.2. <i>Instruments</i>	19
3.3. <i>Procediment</i>	20
3.4. <i>Anàlisi de les dades</i>	20
4. Resultats	20
4.1. <i>Anàlisi de fiabilitat</i>	20
4.2. <i>Anàlisi de correlacions</i>	20
4.3. <i>Regressió múltiple</i>	21
5. Discussió	24
6. Conclusions	27
7. Limitacions de l'estudi	28
8. Bibliografia	28

1. Marc teòric

La pandèmia del COVID-19 va irrompre a tot el món de manera inesperada i va paral·litzar el món. Els governs de diferents països van prendre una sèrie de mesures per tal de tallar la transmissió del virus, és llavors quan apareixen els diferents tipus de confinaments. Les universitats, escoles, instituts, òrgans educatius, llocs de treball, empreses, organitzacions públiques, restaurants, etc. van haver de tancar i, en mesura del possible, realitzar les seves activitats/feina de manera virtual, online. Aquesta quarantena va ésser un fenomen únic, que no s'havia viscut mai abans i, tot i que va ser efectiva per desaccelerar la transmissió del coronavirus, també va portar conseqüències a nivell personal, individual i en la societat.

El fet d'estar obligat a mantenir un aïllament social té un gran impacte sobre diferents aspectes de la vida de la persona i pot causar diferents problemes o alteracions a nivell psicològic, entre els quals podem trobar estrès posttraumàtic, ansietat, símptomes depressius, irritabilitat, impaciència, tensió i enuig (Zach *et al.*, 2021).

La gent estava obligada a estar separada dels éssers propers i estimats, sense saber quant de temps la situació romandria d'aquella manera, amb incertesa sobre el futur i l'evolució de la situació, sense tenir el control del què passarà, amb la sensació de sentir-se atrapat, van aflorar sentiments mai experimentats abans, pors, etc. Tot plegat va resultar un esdeveniment que va posar a prova la capacitat de resiliència de cadascú i de la societat.

La resiliència

L'Associació Americana de Psicologia (APA) defineix la resiliència com "el procés d'adaptar-se positivament per enfrontar-se a l'adversitat, al trauma, a la tragèdia, a les dificultats o a qualsevol font significativa d'estrès". En aquesta línia, molts psicopatòlegs del desenvolupament, estan d'acord en què la resiliència no és un tret fix de l'individu, sinó que cal remarcar que és un procés dinàmic i interactiu mitjançant el qual l'individu es pot adaptar adequadament a una experiència adversa (Kim-Cohen i Turkewitz, 2012).

Els determinants de la resiliència inclouen una sèrie de factors biològics, psicològics, socials i culturals que interactuen entre ells per tal de determinar com cadascú respon a les experiències estressants. Tot i així, la resiliència és un concepte complex que pot tenir diferents significats per a una persona, una família, una organització, una societat i una cultura. De la mateixa manera, un individu pot ser més resilient en un domini de la seva vida i, en canvi, no ser-ho en un altre. A més, en alguns moments de la vida es pot tenir més resiliència que en d'altres. Per exemple, un individu que

s'adapta bé a l'estrès que provoca el seu lloc de treball, o a l'estrès acadèmic, pot no adaptar-se adequadament en la seva vida personal o en les seves relacions socials (Southwick *et al.*, 2014).

De la mateixa manera, la resiliència pot canviar amb el pas del temps en funció del desenvolupament de l'individu i de la seva interacció amb l'entorn (Kim-Cohen i Turkewitz, 2012). Per exemple, un alt grau d'atenció i protecció materna en etapes primerenques de la vida, pot augmentar la resiliència durant la infantesa, però pot interferir amb la individualització durant l'adolescència o la joventut.

S'ha comprovat que hi ha molts tipus de resiliència, entre els quals podem trobar la resiliència aguda i la resiliència emergent, que dependran del context en el qual es trobi la persona. Per tant, cal seguir investigant sobre aquest tema, no només per oferir una única definició de resiliència, sinó per definir d'una manera més concreta i clara els diferents tipus de resiliència en funció del context. Per tal d'establir aquesta definició serà imprescindible la col·laboració de diferents experts que estudiïn la resiliència ecològica, la biològica, la resiliència individual, la familiar, l'organitzativa i la cultural (Southwick *et al.*, 2014).

Segons Kim-Cohen i Turkewitz (2012), en un trauma agut, hi ha tres tipus de patrons de resiliència:

- 1) la resistència o el manteniment de la funció,
- 2) una disminució del funcionament seguida d'una recuperació, i
- 3) una millora del funcionament com a resultat de l'experiència estressant.

No tothom està d'acord en què recuperar-se d'una disminució del benestar hagi de considerar-se com un tipus de resiliència, però aquesta qüestió dependrà del marc que segueixi cadascú per caracteritzar la resiliència. Seguint aquesta línia, Connor i Davidson (2003) expressen que cadascú té unes estratègies d'afrontament a estressors interns i externs, però en algunes situacions, aquestes són ineficaces, cosa que provoca la interrupció de l'homeòstasi biopsicoespiritual. Amb el pas del temps, la resposta a aquesta interrupció és un procés re-integratiu, que condueix a un dels quatre resultats següents:

- Una oportunitat per al creixement i una major resistència, mitjançant la qual l'adaptació a la interrupció condueix a un nou nivell d'equilibri més alt.
- Un retorn a l'homeòstasi de base, en un esforç per superar la interrupció.
- Recuperació amb pèrdua, establint un nivell inferior d'homeòstasi.
- Un estat disfuncional en el qual s'utilitzen estratègies desadaptatives (com són les conductes autodestructives, entre d'altres) per fer front als estressants.

Per tant, la resiliència també es pot considerar una mesura de la capacitat d'afrontament de l'estrès amb èxit.

Pel que fa als determinants que poden predir la resiliència, trobem els factors protectors de la infància, com haver establert relacions d'apego saludables, una bona cura, habilitats de regulació de les emocions, l'autoconeixement i la capacitat de visualitzar el futur, i el domini d'un sistema de motivació que porta a l'individu a aprendre, créixer i adaptar-se al seu entorn. Aquests factors protectors de la infància són els predictors més importants per desenvolupar la resiliència, però n'hi ha d'altres que en podrien explicar una petita part, com els factors genètics, les característiques pròpies de l'individu (com el temperament o el QI), característiques de l'ambient, o relacions interpersonals (Kim-Cohen i Turkewitz, 2012). Els determinants predictors de resiliència poden ser diferents en funció del context en què ens trobem, de les dificultats que s'hagin d'afrontar, de la personalitat de la persona, dels recursos disponibles, entre d'altres. Per exemple, seran diferents els determinants de resiliència d'un bomber als Estats Units, que els d'una mare que viu en un país pobre (Southwick *et al.*, 2014).

Encara queda molt per aprendre d'aquest concepte degut a la seva complexitat. Tot i així, a mesura que es van sabent més coses sobre aquesta, se li dona més importància a introduir conceptes destacats de la resiliència dins de determinats aspectes de la medicina, de la salut mental i de la ciència. Aquesta integració està començant a acollir un important i necessari canvi de paradigma. Southwick *et al.* (2014) coincideixen en què en comptes de destinar tant de temps i energia en la investigació de les conseqüències negatives del trauma, els clínics i investigadors haurien d'aprendre a avaluar i ensenyar, simultàniament, diferents mètodes per millorar i augmentar la resiliència. De la mateixa manera, aquest enfocament s'allunya del model de salut mental purament basat en el dèficit, cap a la inclusió de models basats en la força i la competència que se centren en la prevenció i la construcció de punts forts, a part de tractar la psicopatologia.

Esdeveniment traumàtic i trauma

Segons Figley (1985), un trauma és un esdeveniment perillós i que succeeix sobtadament i que acapara els records psicològics, físics i econòmics de les persones i les comunitats. Generalment, els traumes tenen les següents característiques: són de gran intensitat, són imprevisibles, poc freqüents i presenten variabilitat en la seva

duració (d'aguts a crònics). A més, poden afectar només a una persona o a comunitats senceres, com ha sigut el cas de la pandèmia del COVID.

Les reaccions a un esdeveniment traumàtic són molt diverses, hi ha una gran varietat de diferències individuals. Tot i així, hi ha una sèrie de reaccions que acostumen a donar-se. Aquestes es poden dividir en: les que apareixen en el període d'emergència immediata, les que apareixen entre 72 hores i poques setmanes després del succés i les seqüeles a llarg termini (Gaborit, 2006).

En el moment que es dona l'esdeveniment traumàtic o just després, les persones poden reaccionar de dues maneres contràries, sense que reaccionar d'una manera sigui més normal que reaccionar d'una altra. Per una banda, tenim les persones que reaccionen amb un alt grau d'atordiment, de tal manera que no entenen el què passa i, en aquest estat de *shock*, perden el sentit de la orientació, del temps i fins i tot de la seva identitat. Aquest estat de *shock* podria explicar algunes de les deficiències cognitives comunes en molts traumes, per exemple la dificultat de recordar aspectes importants de l'esdeveniment traumàtic (Carlson i Rosser-Hogan, 1991). En aquests casos, no vol dir que les persones estiguin reprimint aquestes memòries, sinó que és probable que, en el moment del succés, la informació no es va codificar ni emmagatzemar a la memòria correctament. Per l'altra banda, una altra reacció comuna és amb un elevat nivell d'ansietat. Aquesta ansietat pot resultar beneficiosa per tal que la persona pugui actuar més enllà de la seva força física i sobrevisqui. De la mateixa manera, aquesta ansietat pot ajudar a donar més energia a les persones que es dediquin a tasques de rescat deixant de banda el seu estat físic, en el cas d'un desastre natural per exemple. Tot i així, aquests nivells alts d'ansietat impedeix que la persona pugui identificar aspectes importants de l'ambient, tant físic com social, que podrien ajudar-la a sobreviure millor (Gaborit, 2006).

Gràcies a alguns treballs, com el de Horowitz (1993), se sap que les respostes psicològiques més comunes després d'un esdeveniment traumàtic són la reexperimentació del trauma i l'evitació, amb les seves variacions de formes d'experiència i de símptomes cognitius, afectius, de conducta i fisiològics.

Aquest autor identifica diferents aspectes que apareixen en les persones: por a que el trauma es torni a repetir, vergonya per la indefensió, sentiment de buit profund, enuig i ira cap a les causes o causants del trauma, vergonya sobre els impulsos agressius que experimenten i una profunda tristesa per les pèrdues. Cal recordar, però, que existeixen diferències individuals pel que fa a la manifestació d'aquests símptomes; n'hi ha que poden no aparèixer i n'hi ha que poden aparèixer camuflats en altres

conductes (per exemple, l'abús de substàncies). Tot i així, hi ha un elevat nombre de supervivents que no manifesta cap símptoma. Segons Guiummarra *et al.* (2018), la majoria de persones mostren una elevada resiliència i una bona recuperació després d'una lesió traumàtica però tot i així, hi ha una minoria significativa que desenvolupa condicions psicològiques tals com ansietat, depressió i trastorn per estrès posttraumàtic.

Respecte a la reexperimentació, ens podem trobar que les persones tinguin pensaments intrusius (idees persistents que invadeixen la ment de manera inesperada i dels quals no se'n té control), sentiments d'ansietat, activació fisiològica només pel fet de recordar el succés, hipervigilància i, en ocasions, també trastorns del son.

Molt freqüentment els supervivents mostren irritabilitat, fet que els porta a episodis sobtats de còlera i manifestacions d'hostilitat que no poden controlar. Aquesta agressivitat pot estar dirigida a altres persones o cap a ells/es mateixos/es, cosa que comporta conductes autodestructives (comportament suïcida, impulsivitat sexual, abús d'alcohol i drogues).

Pel que fa a l'evitació, l'individu l'utilitza com a estratègia per a protegir-se a l'exposició de records de l'esdeveniment traumàtic. De la mateixa manera, també s'acostumen a evitar objectes, coses o situacions que facin que la persona recordi l'esdeveniment (Carlson, 1997). Segons aquest mateix autor, les claus traumàtiques tenen un doble significat per a les víctimes: per una banda, els recorden el dolor que van experimentar i, per l'altra banda, els indiquen que poden tornar a estar en perill. L'evitació de qualsevol emoció forta protegeix a la persona de l'activació psicofisiològica associada al seu trauma. Tot i així, cal dir que aquestes conductes d'evitació moltes vegades es donen sense que la persona en sigui conscient, és a dir, les persones no s'adonen que ho estan fent.

Horowitz (1993) comprova que els símptomes que segueixen a un esdeveniment traumàtic compleixen la següent seqüència: primer, els supervivents re-experimenten l'esdeveniment com si l'estiguessin vivint una altra vegada, amb molts detalls (que poden ser iguals, o no, als de l'experiència real); i, en segon lloc, es donen les conductes d'evitació que, a vegades, poden portar a l'atordiment i la negació. Aquesta seqüència és així degut a l'ansietat que es produeix en la re-experimentació, que sobrecarrega la capacitat per poder funcionar adequadament i això fa que la persona comenci un procés d'inhibició defensiva, fent servir estratègies que redueixen el processament de la informació del succés traumàtic.

Com hem mencionat anteriorment, no totes les persones presenten els mateixos símptomes, ni de la mateixa manera, hi ha una gran variació individual. Bowman (2016) assegura que les diferències individuals de personalitat són les que expliquen millor les reaccions al trauma. En línia amb el que diu aquest autor, diversos autors identifiquen les següents reaccions al trauma (que s'expliquen a continuació): depressió, baixa autoestima, trastorns de la identitat, dificultats en les relacions interpersonals i sentiments de vergonya i de culpa.

La depressió pot manifestar-se de diverses maneres i pot tenir manifestacions cognitives, emocionals, conductuals o fisiològiques. Generalment es donen les següents manifestacions: estats letàrgics o de baixa activitat motora, apatia o desesperança, pensaments negatius constants que poden portar a ideació suïcida, dificultats en la concentració, pèrdua de la gana i pertorbacions del son. Normalment, les diferents formes de depressió es donen degut a una falta de control en la persona, per exemple, quan no pot controlar els propis sentiments d'ansietat i d'inadequació; o quan veu que qualsevol cosa que fa no canvia la seva situació.

La baixa autoestima és una altra reacció i és de les més comunes. Es dona quan el trauma desestabilitza el concepte que la persona té d'ella mateixa i de poder canviar circumstàncies personals o socials. Aquesta reacció es manifesta com una falta de confiança en un mateix, tant pel que fa a les habilitats i destresses per afrontar una situació, com en la capacitat d'entendre la situació de la vida amb tot el que implica.

Com major és el trauma, major és la desestabilització de les estructures psicològiques ben establertes, per exemple del sentit de la identitat. Les confusions sobre la pròpia identitat es poden donar quan hi ha confusió respecte els desitjos i les fites a aconseguir en la vida d'un mateix, o quan hi ha el sentiment generalitzat de no estar controlant les pròpies accions. En aquest cas, les persones expressen que és com si una altra persona aliena a ells estigués controlant i decidint sobre la seva vida, i no ells mateixos (despersonalització), se senten separats d'ells mateixos i no se senten responsables de les seves accions. Aquestes persones sovint poden presentar amnèsia, no només sobre aspectes del fet en si, sinó també sobre detalls d'ells mateixos.

Com hem dit, es poden experimentar dificultats pel que fa a les relacions interpersonals. Les persones troben molestes les demandes que els hi puguin fer els altres. No és estrany, doncs, que en aquests casos les relacions íntimes pateixin dificultats o que no es mantinguin certes amistats.

Per últim, com a última manifestació trobem els sentiments de culpa i/o de vergonya. El primer es dona quan la persona se sent responsable per haver fer alguna cosa que

no hauria d'haver fet o quan no ha fet quelcom que hauria d'haver fet. La vergonya reflexa el sentiment d'estar ocupant un estat social o personal inferior al que hauria d'estar ocupant. Aquests dos sentiments acaben fent que a la persona li resulti més difícil reprendre la seva vida normal (Gaborit, 2006).

Hi ha diversos factors que influeixen en les reaccions psicològiques de les persones davant d'una experiència traumàtica. Per una banda, tenim les persones que no presenten cap afectació i, fins i tot, troben l'oportunitat de creixement personal a partir del succés traumàtic. D'aquest tipus de persones en parlarem més endavant. Per una altra banda, hi ha les persones que, tot i que sí que en surten afectades, aconsegueixen superar el moment de crisi amb relativa facilitat i rapidesa. Per últim, hi ha una minoria que desenvolupa simptomatologia d'estrès posttraumàtic. Els factors que modulen les reaccions davant d'un succés d'aquesta tipologia es poden dividir en sis categories:

1. Factors biològics, dins dels quals hi ha la predisposició genètica a la vulnerabilitat i els canvis biològics conseqüents a l'esdeveniment.
2. Fase evolutiva o de desenvolupament de la persona en el moment de l'esdeveniment (els nens/es tenen més probabilitats de desenvolupar simptomatologia que una persona adulta).
3. Severitat del trauma (com més sever sigui el trauma, hi ha més probabilitats que la persona reaccionï negativament a aquest).
4. Context social en què es troben les persones. En aquest punt és molt importat comptar amb suport social, ja que en aquest cas hi ha menys probabilitats de desenvolupar simptomatologia posttraumàtica.
5. Condicions de vulnerabilitat preexistents abans del succés i immediatament presents després d'aquest (les condicions anteriors al succés actuen com a vulnerabilitats o fortaleces desencadenants i les condicions posteriors actuaran com agreujants).
6. Algunes característiques de la personalitat.

Aquests factors són influents degut a què poden afectar la percepció que la persona té sobre el control que pot exercir sobre l'esdeveniment traumàtic o perquè minven l'impacte negatiu sobre l'individu.

Anem a veure alguns exemples d'aquests factors seguidament. Les persones tenen diferent grau d'excitabilitat i poden tenir un caràcter més voluble. Algú amb aquest condicionant biològic pot interpretar la situació com a més catastròfica, sobretot si no compta amb una xarxa de suport social. Un altre exemple seria un nen/a, que es

troba en una etapa primerenca de la vida, és més susceptible que un adult que ha aconseguit interioritzar les destresses pròpies de l'adulthood. Com a darrer exemple i fent referència a la resiliència, una persona que té certa resiliència a l'estrès podria identificar amb més facilitat moments o maneres per exercir control sobre la situació i, consegüentment, interpretarà l'esdeveniment com a menys traumàtic (Gaborit, 2006).

Creixement personal posttraumàtic (PTG)

Al començament del paràgraf anterior, s'han mencionat les persones que no presenten cap afectació posterior a experimentar un esdeveniment traumàtic i que, a més, troben l'oportunitat d'experimentar cert creixement personal.

Quan esdevé quelcom traumàtic, acostuma a ser un període terrible i confús, que suposa un repte per a la persona. Tot i així, aquest repte pot portar a l'individu a obtenir resultats positius inesperats: el creixement posttraumàtic (PTG). Aquest concepte fa referència al canvi positiu que s'experimenta com a resultat d'haver viscut circumstàncies difícils i desafiants en la vida (Tedeschi i Calhoun, 2004). Un creixement posttraumàtic significatiu acostuma a requerir una amenaça significativa o el trencament dels esquemes fonamentals de la persona i, a vegades pot conviure amb una angoixa psicològica significativa.

El PTG descriu l'experiència individual de desenvolupament en algunes àrees de la persona. Aquest desenvolupament és superior al que hi havia previ al moment de crisi. L'individu no només ha sobreviscut al succés, sinó que ha experimentat canvis que es consideren importants i que van més enllà del que era en aquell moment. El creixement posttraumàtic no és simplement tornar a la línia de base, sinó que és una experiència de millora que per a algunes persones és molt profunda (Tedeschi i Calhoun, 2004).

Per tant, Tedeschi i Calhoun (2004) argumenten que un esdeveniment traumàtic per si sol és insuficient per desenvolupar PTG, també és necessari que l'individu ho demostrï en les seves experiències i ha de cercar el significat d'aquestes, per exemple el creixement sorgeix quan la persona s'adapta al trauma i redefineix el seu concepte del món.

Tedeschi i Calhoun (2004) defineixen 5 factors inclosos en el creixement posttraumàtic: (1) una millor apreciació de la vida i un canvi de prioritats, (2) relacions socials més segures i íntimes, (3) un major sentit de força personal, (4)

l'oportunitat de conèixer noves possibilitats o camins en la vida i (5) canvi i/o desenvolupament personal.

Hi ha una gran quantitat d'estudis, com el de Sumalla (2009) i el de Menger *et al.* (2021), que suggereixen que un gran nombre de supervivents de càncer experimenten PTG. S'ha comprovat que hi ha evidència significativa pel que fa a les relacions interpersonals positives amb el suport social i la resiliència, i el creixement social està relacionat positivament amb una millor qualitat de vida (Shand *et al.*, 2014), (Moura i Arraújo, 2021).

Els resultats de l'estudi de Menger *et al.* (2021) en relació amb els 5 dominis del creixement personal van ser els exposats a continuació:

- En primer lloc tenim una millor apreciació de la vida juntament amb un canvi de prioritats en aquesta. El fet de enfrontar-se amb la mort pot portar a una reavaluació i una redefinició dels objectius vitals i de les prioritats, i pot fer que la persona surti de la situació amb una major implicació i apreciació de la seva vida, de les relacions socials, l'espiritualitat i els recursos personals (Cordova *et al.*, 2001). Bogensperger i Lueger-Schuster (2014) mostren que un 36.7% dels participants del seu estudi havien desenvolupat un augment d'apreciació per la vida i un terç dels participants van expressar el seu desig per dur a terme diferents activitats per ajudar els altres en cas necessari. A més, aquestes persones se sentien més fortes, menys temeroses i en millors condicions per enfrontar-se a situacions de dificultat. Els participants deien haver augmentat l'apreciació per la vida i a viure en el moment, sense donar res per suposat. Després d'un esdeveniment traumàtic, hi ha persones que el descriuen com una oportunitat per apreciar millor la seva bona salut i una segona oportunitat per viure, com és el cas dels supervivents de càncer de l'estudi de Menger *et al.* (2021), que també expressen ser més agraïts en coses que poden semblar insignificants, apreciar les coses positives que els passin i viure en el moment.
- Pel que fa a la relació amb els altres, els supervivents de càncer de l'estudi de Menger *et al.* (2021) van descriure com aquesta experiència els havia ajudat a prioritzar i millorar les relacions socials més importants (família i éssers més propers), també van reconèixer que les relacions amb els altres van anar canviant durant el curs del seu càncer i que això els havia ajudat a veure qui era important per a ells i de qui podien prescindir. A més, cal afegir que alguns individus tenien més voluntat per expressar els seus sentiments i per entendre emocions difícils o complexes dels altres. Desenvolupar aquesta empatia va ajudar als supervivents a

connectar millor amb altres persones en situacions similars a les que havien viscut ells i també els va ajudar a apreciar que tothom lluita les seves pròpies batalles. De la mateixa manera, en el treball de Waugh *et al.* (2018) es va veure que el canvi en les relacions socials és el domini del PTG que es dona més freqüentment. Els participants, pares que han perdut un fill/a, diuen sentir més desig d'ajudar els altres, tenen més compassió pels altres i expressen que "saben que poden comptar amb la gent en els moments difícils". Comptar amb aquesta xarxa de suport social, per tant, pot ajudar a disminuir l'impacte negatiu del succés traumàtic, ja que, com hem vist, les persones que perceben tenir una xarxa social àmplia i de suport es recuperen millor (més PTG) i més ràpid que aquelles que es troben aïllades socialment (Gaborit, 2006). Una explicació a aquest fet és la que donen Hamama-Raz i Minerbi (2018), fent referència a Tedeschi i Calhoun (2004), que diuen que un ambient amb suport social fa que els individus que han passat per un esdeveniment traumàtic, puguin parlar d'aquest, de les seves dificultats i emocions, i això facilita el processament cognitiu del trauma, fet que sembla jugar un paper molt important en el desenvolupament d'aquest creixement.

- En tercer lloc, hi ha un major sentit de força personal, això és per exemple tornar-se més savi, més tolerant, tenir més confiança en la vida, desenvolupar el propi potencial, etc., tal i com van descriure un 46.7% dels participants (Bogensperger i Lueger-Schuster, 2014). De la mateixa manera, Buchi *et al.* (2007) troben que els seus participants tenien la puntuació més alta en "ser més fort del que es pensava prèviament" i "saber que puc enfrontar-me a les dificultats". Tot i així, altres estudis mostren com hi pot haver un creixement de la força personal a la vegada que la persona se sent vulnerable, demostrant que el creixement posttraumàtic pot donar-se a la vegada que es donen certes dificultats a nivell psicològic (Waugh *et al.*, 2018). En el cas dels supervivents de càncer, aquests reporten sentiments de fortalesa, d'eficàcia personal i el pensament que si han sobreviscut al càncer, podran sobreviure a reptes futurs, juntament amb una actitud més positiva, una millor acceptació d'un mateix i el saber que han passat per una experiència difícil i important que els ha ajudat a adaptar-se i/o a descobrir nous plaers personals (Menger *et al.*, 2021)
- El quart domini del PTG és l'aparició de noves possibilitats. Les troballes per aquest factor són les següents. Supervivents de càncer van reconèixer que havien pres un nou camí a la vida, reavaluant el seu camí i escollint perseguir altres oportunitats. També feien una nova avaluació sobre què és important a la vida i ho prioritzaven, sovint decidint passar més temps amb la seva família i amics. De la mateixa manera, els supervivents descrivien que havien après a posar-se a ells mateixos

primer i fer les coses que els convenia fer, segons els seus interessos. Van descriure canvis en el seu estil de vida, cessant hàbits perjudicials i adoptant un estil de vida més sa, menjant millor i/o essent més actius físicament, ja que aquest estil de vida saludable era percebut com una manera de passar més temps amb la família i els amics (Menger *et al.*, 2021). Buchi *et al.* (2007) van veure que un 78% de mares i un 44% dels pares que havien perdut un fill/a van dir haver descobert noves prioritats relacionades amb el què realment és important a la vida. Nombrosos estudis recolzen aquest fet i comproven que els participants canviaven el focus de la seva vida de la feina i problemes financers a incrementar el temps amb la família (Waugh *et al.*, 2018).

- Per últim, tenim el desenvolupament i canvi personal. Fem referència als canvis en la forma de veure i/o d'entendre la vida i el món, incloent canvis en les opinions religioses, l'espiritualitat o el sentit de la vida (Waugh *et al.*, 2018). En l'estudi de Menger *et al.* (2021), el principal descobriment pel que fa a aquest factor del PTG, va ser que les creences espirituals dels supervivents de càncer havien augmentat o s'havien fet més profundes, ja que alguns deien que gràcies a les seves creences havien pogut veure el seu càncer com una cosa positiva. Trobar la seva fe els havia ajudat a recuperar-se. Els supervivents, de la mateixa manera, expressaven que la seva fe els ajudava a gestionar les dificultats del dia a dia. A més, el fet de patir càncer, va ajudar a alguns pacients a introduir-se en temes religiosos.

Trastorn d'estrès posttraumàtic

Parlem ara del trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT). L'APA (2013) el defineix com una alteració mental comuna associada amb una alteració del funcionament normal i una angoixa significativa. És un quadre clínic que acostuma a aparèixer posterior a haver viscut algun esdeveniment traumàtic i, generalment, és incapacitant per a la persona que el pateix. En aquest punt cal recalcar que els psicòlegs consideren l'estrès posttraumàtic una resposta normal que es dona en conseqüència a una circumstància anormal. Per tant, podem dir que les persones responen, dins del límit de la normalitat, a l'estressor que experimenten i al qual la majoria de persones respondrien de la mateixa manera en circumstàncies similars. La dificultat apareix quan aquestes respostes continuen manifestant-se més enllà en el temps del que són útils i, per tant, representen una important limitació per a què la persona pugui seguir amb la seva vida amb normalitat. Arribats a aquest punt, l'individu presenta dificultats en les relacions interpersonals i en la seva capacitat per gestionar les dificultats de la vida que no estiguin directament relacionades amb l'esdeveniment traumàtic .

En un estudi dut a terme per Kessler *et al.* (1995) es va veure que al voltant d'un 23% de les persones que han estat exposades a un esdeveniment traumàtic (com una violació, abús físic, un accident, un incendi, entre d'altres) acaben desenvolupant estrès posttraumàtic i, dins d'aquest percentatge, hi ha més dones que homes. Però, tot i així, hi ha molta variabilitat en funció dels factors de vulnerabilitat i la protecció de cada persona.

Tot i que hi ha algunes diferències entre els dos sistemes de classificació principals, l'ICD-11 i el DSM-5, els dos coincideixen en els criteris claus per al diagnòstic del TEPT, que són l'exposició a un esdeveniment traumàtic important i la presència d'alguns símptomes característics com la reexperimentació, l'evitació i un major sentiment d'amenaça (hipervigilància). El DSM-5, a més, ha ampliat la definició d'aquest trastorn i ha incorporat un nou grup de símptomes, l'alteració de la cognició i de l'estat d'ànim associats a l'esdeveniment traumàtic (Bisson *et al.*, 2021). Comunment, els símptomes afecten a l'àmbit social, el laboral, l'interpersonal i la salut física (Roberts *et al.* 2019).

Una qüestió a plantejar és per quin motiu algunes persones desenvolupen TEPT després d'un succés traumàtic i, en canvi, altres no. S'ha estimat que aproximadament un terç de la població experimentarà un trauma durant la seva vida, però només un 10-20% patirà un trastorn d'estrès posttraumàtic (Kessler *et al.*, 1995). Tot i així, com hem mencionat amb anterioritat, no tots els pacients amb trastorn d'estrès posttraumàtic tindran els mateixos símptomes ni amb la mateixa intensitat. Hi ha factors determinants que fan que la persona sigui més susceptible o, pel contrari, més resiliència a desenvolupar el trastorn, i aquests factors són molt importants per entendre el TEPT i per poder desenvolupar tractaments més efectius.

Gonzalez *et al.* (2021) van demostrar al seu estudi que una modificació en els processos d'aprenentatge de la por reforçada per l'estrès, pot ser utilitzada per produir poblacions resilents i poblacions susceptibles que mostraran una gran varietat de comportaments rellevants per la simptomatologia del trastorn d'estrès posttraumàtic, tant en homes com dones. També mostren que, tot i que alguns aspectes de la susceptibilitat a l'estrès es comparteixen entre sexes, altres aspectes (inclosa l'ansietat basal que serveix per predir la susceptibilitat futura) es manifesten de manera diferent en homes i dones. El seu procediment és una valuosa eina per sondejar els mecanismes biològics que donen suport a la resistència a l'estrès. Els

resultats del seu estudi van ser els següents. Van veure que la magnitud del succés estressant és un dels determinants més importants per predir si es donarà simptomatologia posttraumàtica. De la mateixa manera, un altre factor determinant preexistent en les dones (que és important per predir la reactivitat de la persona després de l'esdeveniment traumàtic) és l'ansietat anticipatòria, que correlaciona positivament amb els símptomes posttraumàtics. La generalització de la por de la situació traumàtica a situacions quotidianes segures juga un paper molt important en la simptomatologia posttraumàtica i en aquest estudi van comprovar que a més de mostrar una resposta exagerada als estímuls, els subjectes més susceptibles mostraven un augment de la generalització des de la situació de perill a la situació segura. També van veure que una alteració en la supressió de la por juga un paper important en el manteniment del trastorn, per tant els subjectes més susceptibles mostraven aquesta alteració. Van trobar que la susceptibilitat a l'estrès correlacionava positivament amb un augment de la consumició d'alcohol en homes (tant susceptibles com resilients), però no en dones, les quals fossin resilients o susceptibles, no augmentaven el consum d'alcohol. A més, van trobar que els nivells d'ansietat pre-estrès eren predictors de la futura susceptibilitat a l'estrès en dones, però no en homes. Per últim, expressen que les diferències biològiques per si soles no són suficients per explicar la gran varietat de diferències en el TEPT entre sexes.

Pel que fa a la intervenció, es creu que una intervenció primerenca al poc temps després de l'esdeveniment traumàtic té el potencial de prevenir el desenvolupament de TEPT. La qüestió de com és millor intervenir just després d'un succés traumàtic, per tal de prevenir al màxim el TEPT, s'ha convertit en un objectiu important per a investigar (Roberts *et al.*, 2019).

Segons Guiummarra *et al.* (2018), l'objectiu clau de la intervenció primerenca és prevenir o disminuir la gravetat de les seqüeles psicològiques en aquelles persones amb més risc. Tot i que la implementació d'intervencions abans de l'esdeveniment és una prioritat, no està clar quines intervencions primerenques són les més efectives per reduir la gravetat i l'impacte de les seqüeles psicològiques, ni quines modalitats d'intervenció ofereixen el major potencial d'impacte a la població. Fins ara, la majoria d'intervencions primerenques utilitzades que han obtingut resultats psicològics impliquen educació, teràpia psicològica mitjançant teràpia del comportament cognoscitiva (CBT), exposició perllongada i revisió i gestió mèdica.

Durant un temps, l'Informe Psicològic, també conegut com a Informe d'estrès per incidència crítica, va ser una forma d'intervenció primerenca molt comuna. Tot i així,

la seva utilització va disminuir quan van haver-hi evidències en contra de la seva eficàcia (Roberts *et al.*, 2019).

En els darrers 20 anys, una gamma de diferents tipus d'intervencions, la majoria basades en la teràpia del comportament cognoscitiva (CBT) pel trastorn d'estrès posttraumàtic, van anar sorgint. Recentment, també hi ha hagut grups que han començat a avaluar les intervencions telefòniques, basades en les noves tecnologies, per tal d'incrementar l'accessibilitat a intervencions potencialment efectives (Roberts *et al.*, 2019).

Roberts *et al.* (2009) van trobar evidències per recolzar l'ús de la teràpia del comportament cognoscitiva del trauma (CBT-T) en estudis dirigits a persones amb els símptomes inicials d'estrès. Amb els resultats d'aquest estudi van veure que els efectes de la CBT-T eren més significatius en el tractament del trastorn d'estrès agut i del trastorn d'estrès posttraumàtic.

La *International Society for Traumatic Stress Studies PTSD Prevention and Treatment Guidelines* (ISTSS) recomana la teràpia CBT-T, la teràpia cognitiva i la teràpia cognitiva i dessensibilització i re-processament del moviment ocular (EMDR) per al tractament precoç a persones amb símptomes del trastorn d'estrès posttraumàtic dins dels tres primers mesos posteriors a l'esdeveniment traumàtic. També han trobat evidència en l'ús de la hidrocortisona, en el grup 512 PM (és un grup de millora que fa "debriefing" psicològic), en una sola sessió d'EMDR, en una sessió beu de teràpia didàctica, i en una intervenció autoguiada basada en Internet.

De la mateixa manera, Turrini *et al.* (2021), a partir del seu estudi, van comprovar que la teràpia CBT i l'EMDR van ser les que mostraven millors efectes pel que fa a reduir els símptomes del trastorn d'estrès posttraumàtic, van mostrar que d'entre totes les intervencions, aquelles que estaven basades en la CBT amb un component adreçat al trauma, eren les més efectives, seguides per l'EMDR.

Guiummarra *et al.* (2018) van realitzar una revisió sistemàtica en la qual van examinar l'eficàcia i efectivitat de les intervencions primerenques que es realitzaven durant els primers tres mesos després d'una lesió traumàtica (per exemple, múscul-esquelètic, al teixit tou, ortopèdia o un traumatisme cerebral lleu) per prevenir o reduir la incidència i severitat dels símptomes de TEPT, de l'ansietat i/o de la depressió després de la lesió. A partir de l'anàlisi de resultats del seu treball, troben que les intervencions implementades en les primeres quatre setmanes que inclouen CBT,

exposició prolongada i atenció/cura col·laborativa, tenen efectes més llargs en l'alleugeriment o prevenció dels símptomes de TEPT, ansietat o depressió.

Seguint en aquesta línia, Bisson *et al.* (2021) també sostenen que una intervenció primerenca just després de l'esdeveniment traumàtic té una gran importància en quant a poder prevenir el desenvolupament del trastorn d'estrès posttraumàtic. En el seu treball exposen que hi ha hagut un augment de l'interès en proporcionar intervencions de prevenció a nivell d'una població específica abans que succeeixin els esdeveniments que poden resultar traumàtics per a aquest grup concret, per exemple els militars o personal de l'exèrcit.

Per tant, aquests autors poden èmfasi en la prevenció i en proposen els següents tipus. La prevenció universal, la qual va adreçada a la població que es consideri oportuna. Els enfocament de la salut pública han d'anar en la línia d'evitar que es produeixin esdeveniments traumàtics i han de proporcionar una adequada psicoeducació a la població a través dels mitjans de comunicació. Aquesta psicoeducació ha de ser tant pre-succès com post-succès. També hi ha la prevenció selectiva, que va dirigida als grups de risc dins de la població general, per exemple una intervenció dirigida a persones que vivien en un radi pròxim a una explosió o a un grup de persones amb un suport social-econòmic baix. Aquest tipus de prevenció va lligada a prevenir l'aparició de TEPT en individus que no compleixen tots els criteris necessaris per al diagnòstic en el DSM o ICD, però que sí que comencen a presentar alguns dels primers símptomes posttraumàtics (Bisson *et al.*, 2021).

Resiliència, Trastorn d'estrès posttraumàtic i PTG

Primerament, cal destacar que la resiliència i el creixement personal posttraumàtic no són el mateix, tot i que estan relacionats. El PTG inclou un procés d'afrontament d'una experiència traumàtica que acaba sent una transformació positiva en dominis com la qualitat de les relacions socials, sentiments de força personal, apreciació per la vida, i noves oportunitats de vida i espiritualitat (Tedeschi i Calhoun, 2004).

Mentre les conseqüències negatives del trauma ha sigut un aspecte molt estudiat, els investigadors han començat a avaluar els canvis positius en una persona després de les conseqüències d'un trauma i han començat a estudiar el PTG. Tal com hem comentat anteriorment, el PTG es defineix com la tendència d'una persona a mostrar un millor funcionament després d'experimentar esdeveniments traumàtics (Tedeschi i Calhoun, 2004). El creixement posttraumàtic es reflecteix en una millor apreciació de

la vida, relacions amb els altres millorades, un major sentit de força personal, un reconeixement de noves possibilitats i desenvolupament personal (i espiritual).

La relació entre el trastorn d'estrès posttraumàtic i el PTG encara no està clara del tot, ja que hi ha estudis que obtenen com a resultat una relació positiva entre ambdós conceptes (supervivents d'un trauma amb TEPT mostraven major PTG que aquells que no patien el trastorn), mentre que d'altres van obtenir-ne una relació negativa (Lee *et al.*, 2020).

Per una banda, el creixement personal posttraumàtic és definit com un augment dels beneficis psicològics induït per l'estrès, més enllà de l'estat pre-traumàtic de funcionament biològic. Per l'altra banda, la resiliència reflecteix el manteniment d'un funcionament saludable o adaptatiu al llarg del temps després de les adversitats (Southwick *et al.*, 2014).

El fet que la gran majoria de persones que han estat exposades a un esdeveniment violent o que amenaçava la pròpia vida no han desenvolupat TEPT no ha rebut suficient atenció. Les evidències existents suggereixen que la resiliència a aquests esdeveniments violents o amenaçadors és bastant comuna (Bonanno *et al.*, 2004). A més, Connor i Davidson (2003) van trobar una correlació negativa entre la resiliència i els símptomes del TEPT. Mentrestant, la resiliència ha demostrat correlacionar positivament amb el creixement posttraumàtic (Connor i Davidson, 2003), i factors com la força personal, les relacions amb els altres, i noves possibilitats, del PTG, s'han trobat relacionades positivament amb la resiliència. Per tant, en el procés d'adaptació de les conseqüències/seqüeles d'un succés difícil, la resiliència esdevé la mediadora entre els símptomes d'estrès posttraumàtic i el creixement personal posttraumàtic (Lee *et al.*, 2020).

Pel que fa a la relació entre els símptomes d'estrès posttraumàtic i el PTG, els resultats obtinguts per Lee *et al.* (2020) mostren que la resiliència fa de mediadora entre aquests i, a la vegada, els efectes mediadors de la resiliència en la relació entre els símptomes del TEPT i el PTG estan moderats pels nivells de trauma de la infància. Com més grans siguin les experiències traumàtiques que viu una persona en la seva infantesa, més gran serà l'efecte mediador de la resiliència entre el TEPT i el PTG. Tot i així, els símptomes d'estrès traumàtic i el PTG poden coexistir, ja que el creixement personal no implica l'absència d'angoixa emocional i/o dificultats en la vida i no està necessàriament encaminat a una disminució del patiment psicològic.

Lee *et al.* (2020) expressen que, a partir dels resultats del seu estudi, creuen que és molt necessari i important treballar la millora d'aspectes de la resiliència en les sessions de teràpia de pacients amb un trauma psicològic.

2. Objectiu general i hipòtesis

L'objectiu general és determinar la capacitat predictiva de l'Edat, Tenir cura d'algú, Número gent amb qui estava confinat/ada, i els factors de la Resiliència: Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat, sobre el Creixement personal posterior a un esdeveniment possiblement traumàtic.

Les hipòtesis de l'estudi són les següents:

- H_1 : Si la Relació amb els altres està influenciada per l'Edat, Número de gent amb qui estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat, aleshores podrà realitzar-se una bona predicció de la Relació amb els altres a partir d'un model que inclogui els predictors anteriorment esmentats.
- H_2 : Si les Noves possibilitats estan influenciades per l'Edat, Número de gent amb qui estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat, aleshores podrà realitzar-se una bona predicció de Noves possibilitats a partir d'un model que inclogui els predictors anteriorment esmentats.
- H_3 : Si Força personal està influenciada per l'Edat, Número de gent amb qui estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat, aleshores podrà realitzar-se una bona predicció de la Força personal a partir d'un model que inclogui els predictors anteriorment esmentats.
- H_4 : Si el Canvi espiritual està influenciat per l'Edat, Número de gent amb qui estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat, aleshores podrà realitzar-se una bona predicció del Canvi espiritual a partir d'un model que inclogui els predictors anteriorment esmentats.
- H_5 : Si l'Apresiasió de la vida està influïda per l'Edat, Número de gent amb qui estava confinat, Tenir cura d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat,

aleshores podrà realitzar-se una bona predicció d'Apresiasi a la vida a partir d'un model que inclogui els predictors anteriorment esmentats.

3. Mètode

3.1. Participants

Els participants d'aquest estudi van ser 367 persones que durant la pandèmia del COVID-19 van estar en una situació de confinament (70,8% dones i 29,2 homes) amb una mitjana d'edat de 34,39 anys. El seu estat civil era el següent: casat/ada o parella de fet (37'8%); divorciat/ada (4'9%); solter/a (51%); vidu/a (0'8%); i altres (5'4%).

D'aquestes 367 persones, un 25'07% havia de tenir cura d'altres persones (un 13'35% havien de tenir cura de menors de 16 anys i un 11'72% de majors de 16 anys). Un 74,93% no havia de tenir cura de ningú.

La mitjana de gent amb què els nostres participants han estat confinats és de 3,26 persones.

La majoria de participants (96,73%) vivien a Espanya durant el confinament (Catalunya, Astúries, País Basc entre d'altres). Tot i així, també van participar en l'estudi persones que residien fora d'Espanya (3,27%), sobretot residents d'Argentina (2,46%).

Els sectors en els quals treballaven els participants o la seva situació laboral era: sector primari (3,54%); sector secundari (8,45%); sector terciari (57,77%); sector quaternari (1,09%); no treballaven (26,98%); i jubilació (1,36%).

En la situació de confinament estricte, els participants podien estar: confinat/ada i sense teletreballar (16,35%); confinat/ada i teletreballant (48,67%); o treballant en serveis essencials (34,98%). També vam comptar amb participants que van perdre la feina degut a la crisi sanitària (en els mesos d'Abril a Juny de 2020); acomiadat/ada o ERO (4,9%); acomiadat/ada o EROTO (11,72%); no van perdre la feina (56,13%); ja no tenia feina abans (25,89%); jubilat/ada (1,36%).

El nivell de formació acadèmica dels participants, en el moment d'administració del qüestionari, va ser la següent: un 2,45% estudis primaris, un 37,06% estudis

secundaris, un 52,29% d'estudis universitaris i un 7,90% estudis de màster o doctorat.

3.2. Instruments

Per tal de mesurar la Resiliència dels participants vam utilitzar l'Escala de Resiliència de Connor-Davidson (CD-RISC), que es fa servir per mesurar la resiliència. Aquesta escala consta de 25 ítems, cadascun d'aquests es puntua en una escala Lickert del 1-5 (1= *en absoluto* i 5= *casi siempre*), per tant, puntuacions més altes seran indicatiu d'un major grau de resiliència (Connor i Davidson, 2003). El test té una consistència interna donada per l' α de Cronbach de 0.89. Aquesta escala està composta pels 5 factors següents (Broche *et al.*, 2012):

- Factor 1 reflecteix la noció personal de persistència, tenacitat i l'autoeficàcia ($\alpha = 0.82$); per exemple *No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución.*
- Factor 2 correspon al control que té l'individu en situacions d'estrés, sota pressió ($\alpha = 0.68$); per exemple, *Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.*
- Factor 3 es relaciona amb una capacitat positiva d'acceptació al canvi (adaptabilitat) i relacions interpersonals segures ($\alpha = 0.68$); per exemple, *Puedo enfrentarme a cualquier cosa.*
- Factor 4 està relacionat amb el control i propòsit de la persona ($\alpha = 0.67$); per exemple, *Durante los momentos de estrés/crisis, sé dónde puedo buscar ayuda.*
- Factor 5 es refereix a les influències espirituals ($\alpha = 0.34$); per exemple, *Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte/Dios puede ayudarme.*

El *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI) és un instrument que permet avaluar els resultats positius de persones que han experimentat algun esdeveniment traumàtic. És una escala útil per determinar si una persona, que ha viscut un succés traumàtic, ha tingut èxit reconstruint i enfortint la seva percepció d'ella mateixa, dels altres i del significat dels esdeveniments. El PTGI està compost per 21 ítems que inclouen els 5 factors següents:

1. Relacions amb els altres ($\alpha = 0.85$) , per exemple: *Veo más claro que puedo contar con la gente en tiempos difíciles.*
2. Noves possibilitats ($\alpha = 0.84$), per exemple: *Hay nuevas oportunidades disponibles que no lo estarían de otro modo.*
3. Força personal ($\alpha = 0.72$), per exemple: *Sé mejor que puedo lidiar con las dificultades.*

4. Canvi espiritual ($\alpha = 0.85$), per exemple: *Tengo una mayor fe religiosa*.
5. Apreciació de la vida ($\alpha = 0.67$), per exemple: *He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida*.

La consistència interna del test és $\alpha = 0.90$. Els ítems es responen amb una escala Lickert de l'1 al 6 (1= *no he experimentado este cambio como resultado de mi crisis* - 6= *he experimentado este cambio en muy gran medida como resultado de mi crisis*) (Tedeschi i Calhoun, 1996).

3.3. Procediment

La mostra es va obtenir mitjançant un qüestionari que vam crear a través de la plataforma Google Forms. Les creadores del qüestionari vam passar l'enllaç al qüestionari a través de les xarxes socials.

3.4. Anàlisi de les dades

L'anàlisi de les dades es va fer mitjançant la versió 25.0 de l'SPSS. La fiabilitat va ser obtinguda fent servir l' α de Cronbach. Hem utilitzat els coeficients de correlació de Pearson per tal de calcular les correlacions entre les variables predictores i les criteris. Les regressions múltiples van ser calculades mitjançant l'opció pas a pas (*stepwise option*). Amb aquest mètode, les variables van ser incorporades al model de regressió per tal de comprovar les regressions amb les variables criteri (Relació amb els altres, Noves possibilitats, Força personal, Canvi espiritual, Apreciació de la vida). Hi havia 8 variables: Edat, Nombre de gent amb qui s'estava confinat/ada, si s'havia de Tenir cura d'algu i CD-RISC (Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat). Per tant, vam fer servir el model de regressions múltiple per avaluar els efectes de les 8 variables predictores a les variables criteri en relació al creixement personal posterior a un succés que pot ser traumàtic.

4. Resultats

4.1. Anàlisi de fiabilitat

Pel que fa a la fiabilitat del nostre instrument, és adequada ja que l' α de Cronbach té un valor de 0.9.

4.2. Anàlisi de correlacions

La Taula 1 mostra les correlacions entre les cinc dimensions del PTGI (variable criteri) i les 8 variables predictores (Edat, N° gent amb qui estava confinat/ada, Tenir cura

d'algú, Persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), Control sota pressió (R2), Adaptabilitat i xarxes de suport (R3), Control i propòsit (R4) i Espiritualitat (R5)).

Les troballes van ser les següents. La Relació amb els altres correlaciona positivament amb 2 variables (Adaptabilitat i xarxes de suport i Espiritualitat) i negativament amb 1 variable (Edat). L'Apertura a noves possibilitats, Força personal i Canvi espiritual correlacionen positivament amb cinc variables (Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit i Espiritualitat) i negativament amb 1 variable (Edat). L'Apresiasió de la vida correlaciona positivament amb una variable (Adaptabilitat i xarxes de suport) i negativament 1 una variable (Edat).

Taula 1. Correlacions entre les variables predictores i les variables criteri (Post-Traumatic Growth Inventory)

Variables predictores	Variables criteri				
	Relació amb els altres	Noves possibilitats	Força personal	Canvi espiritual	Apreciació de la vida
Edat	-0. 169**	-0. 192**	-0. 160**	-0. 121*	-0. 195**
Amb quanta gent estaves confinat/ada	-0. 046	-0. 046	-0. 031	-0. 005	-0. 080
Tenir cura d'algú	-0. 051	-0. 026	0. 008	-0. 037	-0. 056
Persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1)	0. 034	0. 190*	0. 267**	0. 127*	0. 071
Control sota pressió (R2)	0. 017	0. 134*	0. 216**	0. 130*	0. 070
Adaptabilitat i xarxes de suport (R3)	0. 115*	0. 228**	0. 320**	0. 159**	0. 152*
Control i propòsit (R4)	0. 089	0. 132*	0. 246**	0. 156**	0. 082
Espiritualitat (R5)	0. 183**	0. 319**	0. 253**	0. 442**	0. 268**

Nota: Els números en negreta són significatius

*Correlacions significatives al nivell 0. 05 (bilateral)

**Correlacions significatives al nivell 0. 01 (bilateral)

4.3. Regressió múltiple

Les taules 2-6 mostren les dades corresponents als índex ajustats R^2 i els coeficients β significatius tipificats entre les variables de criteri i les variables predictives en aquest estudi, l'objectiu del qual era identificar el grau en què aquestes variables predictives poden predir el creixement personal posterior a un esdeveniment possiblement traumàtic.

La Taula 2 mostra que el model que millor prediu la Relació amb els altres és el model 2, ja que representa el 5.7% de la variància de la variable criteri. L'Espiritualitat és la millor variable predictora, comptant amb un 3.1% de variància. Un dels aspectes més

importants és el coeficient β , ja que mostra la direcció de la influència. En aquest cas han sigut Espiritualitat ($\beta = 0.182$) i Edat ($\beta = -0.168$).

Taula 2. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per relació amb els altres (PTGI1: Post Traumatic Growth Inventory)

Model i variable	Model						Coeficient				
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustada	Canvi en <i>R</i> ²	Canvi en <i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	0.183	0.033	0.031	0.033	12.630	0.000	—	—	—	—	—
Model 2	0.249	0.062	0.057	0.028	11.013	0.001	—	—	—	—	—
Espiritualitat	—	—	—	—	—	—	0.787	0.219	0.182	3.594	0.000
Edat	—	—	—	—	—	—	-0.096	0.029	-0.168	-3.319	0.001

Nota: Variables excluides: edat, tenir cura d'algú, amb quanta gent estava confinat/ada, persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), control sota pressió (R2), adaptabilitat i xarxes de suport (R3) i control i propòsit (R4).

La Taula 3 mostra que el millor predictor per Noves possibilitats és el model 4, arribant a una representació del 16.4% de la variància de la variable criteri. La millor variable predictora és Espiritualitat, amb un 9.9% de variància. Els coeficients β mostren la direcció de la influència de les variables, en aquest cas són Espiritualitat ($\beta = 0.287$), Edat ($\beta = -0.203$), Adaptabilitat i xarxes de suport ($\beta = 0.161$) i Número de gent amb qui estava confinat/ada ($\beta = -0.121$).

Taula 3. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per noves possibilitats (PTGI2: Post Traumatic Growth Inventory)

Model i variable	Model						Coeficient				
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustada	Canvi en <i>R</i> ²	Canvi en <i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	0.319	0.102	0.099	0.102	41.300	0.000	—	—	—	—	—
Model 2	0.372	0.138	0.133	0.036	15.369	0.000	—	—	—	—	—
Model 3	0.398	0.159	0.152	0.021	8.850	0.003	—	—	—	—	—
Model 4	0.416	0.173	0.164	0.014	6.208	0.013	—	—	—	—	—
Espiritualitat	—	—	—	—	—	—	0.782	0.137	0.287	5.712	0.000
Edat	—	—	—	—	—	—	-0.074	0.017	-0.203	-4.239	0.000
Adaptabilitat i xarxes de suport	—	—	—	—	—	—	0.263	0.082	0.161	3.213	0.001
Amb quanta gent estava confinat/ada	—	—	—	—	—	—	-0.269	0.108	-0.121	-2.492	0.013

Nota: Variables excluides: tenir cura d'algú, persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), control sota pressió (R2) i control i propòsit (R4).

El model 4 de la Taula 4 és el millor predictor de Força personal, comptabilitzant el 15.8% de la variància de la variable criteri. L'Adaptabilitat i xarxes de suport és el millor predictor, amb un 10% de variància. Els coeficients β mostren la influència de les variables predictives, que són Adaptabilitat i xarxes de suport ($\beta = 0.281$),

Espiritualitat ($\beta = 0.184$), Edat ($\beta = -0.172$) i Número de gent amb qui estava confinat/ada ($\beta = -0.105$).

Taula 4. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per força personal (PTGI3: Post Traumatic Growth Inventory)

Model i variable	Model						Coeficient				
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustada	Canvi en <i>R</i> ²	Canvi en <i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	0.320	0.102	0.100	0.102	41.602	0.000	—	—	—	—	—
Model 2	0.361	0.130	0.125	0.028	11.686	0.001	—	—	—	—	—
Model 3	0.396	0.157	0.150	0.026	11.362	0.001	—	—	—	—	—
Model 4	0.409	0.167	0.158	0.011	4.651	0.032	—	—	—	—	—
Adaptabilitat i xarxes de suport	—	—	—	—	—	—	0.749	0.134	0.281	5.581	0.000
Espiritualitat	—	—	—	—	—	—	0.821	0.224	0.184	3.659	0.000
Edat	—	—	—	—	—	—	-0.102	0.028	-0.172	-3.569	0.000
Amb quanta gent estava confinat/ada	—	—	—	—	—	—	-0.381	0.177	-0.105	-2.157	0.032

Nota: Variables excluides: tenir cura d'algú, persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), control sota pressió (R2), control i propòsit (R4).

El model 2 és el millor predictor del Canvi espiritual (Taula 5), representant un 20.5% de variància de la variable criteri. L'Espiritualitat és el millor predictor amb un 19.3% de variància. Els coeficients β mostren la influència de les variables, en aquest cas són Espiritualitat ($\beta = 0.442$) i Edat ($\beta = -0.120$).

Taula 5. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per canvi personal (PTGI4: Post Traumatic Growth Inventory)

Model i variable	Model						Coeficient				
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustada	Canvi en <i>R</i> ²	Canvi en <i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	0.442	0.195	0.193	0.195	88.549	0.000	—	—	—	—	—
Model 2	0.458	0.210	0.205	0.014	6.584	0.011	—	—	—	—	—
Espiritualitat	—	—	—	—	—	—	0.460	0.049	0.442	9.476	0.000
Edat	—	—	—	—	—	—	-0.017	0.006	-0.120	-2.566	0.011

Nota: Variables excluides: tenir cura d'algú, amb quanta gent estava confinat/ada, persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), control sota pressió (R2), adaptabilitat i xarxes de suport (R3) i control i propòsit (R4).

En la Taula 6, el millor model per predir l'Apresiasió de la vida és el model 3, representant un 12% de variància de la variable criteri. Espiritualitat és la millor variable predictora, amb un 6.9% de variància. Els coeficients β mostren que la influència de les variables predictorres que resulten ser Espiritualitat ($\beta = 0.285$), Edat ($\beta = -0.207$) i Número de gent amb qui estava confinat/ada ($\beta = -0.136$).

Taula 6. Sumatori de l'anàlisi dels models, variables i coeficients de regressió per apreciació de la vida (PTGI5: Post Traumatic Growth Inventory)

Model i variable	Model						Coeficient				
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustada	Canvi en <i>R</i> ²	Canvi en <i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1	0.268	0.072	0.069	0.072	28.197	0.000	—	—	—	—	—
Model 2	0.331	0.110	0.105	0.038	15.515	0.000	—	—	—	—	—
Model 3	0.357	0.128	0.120	0.018	7.461	0.007	—	—	—	—	—
Espiritualitat	—	—	—	—	—	—	0.571	0.099	0.285	5.762	0.000
Edat	—	—	—	—	—	—	-0.055	0.013	-0.207	-4.201	0.000
Amb quanta gent estava confinat/ada	—	—	—	—	—	—	-0.221	0.081	-0.136	-2.732	0.007

Nota: Variables excluides: tenir cura d'algú, persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1), control sota pressió (R2), adaptabilitat i xarxes de suport (R3) i control i propòsit (R4).

Taula 7. Sumatori dels models predictius per les variables criteri.

Variable predictora	PTGI1. Relació amb els altres		PTGI2. Noves possibilitats		PTGI3. Força personal		PTGI4. Canvi espiritual		PTGI5. Apreciació de la vida	
	ΔR^2 corregida	β	ΔR^2 corregida	β	ΔR^2 corregida	β	ΔR^2 corregida	β	ΔR^2 corregida	β
Edat	0.028	-0.168	0.036	-0.203	0.026	-0.172	0.014	-0.120	0.038	-0.207
Nº gent amb qui estava confinat/ada	—	—	0.014	-0.121	0.011	-0.105	—	—	0.018	-0.136
Tenir cura d'algú	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Persistència-tenacitat-autoeficàcia (R1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Control sota pressió (R2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Adaptabilitat i xarxes de suport (R3)	—	—	0.021	0.161	0.102	0.281	—	—	—	—
Control i propòsit (R4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Espiritualitat (R5)	0.033	0.182	0.102	0.287	0.028	0.184	0.195	0.442	0.072	0.285
Variància Total (%)	6.1		17.3		16.7		20.9		12.8	

5. Discussió

Els resultats obtinguts mostren que algunes variables tenen poder predictor en relació al Creixement personal posterior a un esdeveniment potencialment traumàtic (Taula 7). En aquest estudi s'han contrastat variables de Resiliència i variables relacionades amb el Trauma, així com altres variables com l'Edat, si havia de Tenir cura d'algú, el Número gent amb qui estava confinat/ada, Persistència-tenacitat-autoeficàcia, Control sota pressió, Adaptabilitat i xarxes de suport, Control i propòsit, i Espiritualitat. Les cinc hipòtesis plantejades es compleixen parcialment.

Respecte a la primera hipòtesi, podem realitzar els següents comentaris. La Relació amb els altres depèn de múltiples factors. Un d'aquests és l'avenç en les noves tecnologies. Això va en línia amb l'estudi de Moura i Araújo (2021), on van trobar que, en funció de com de desenvolupada està una zona en termes tecnològics, la comunicació entre les persones és a través de la parla i/o combinada amb missatges de text a través del xat d'aplicacions disponibles a internet. Tot i així, la comunicació a través d'aplicacions d'internet majoritàriament és utilitzada per la població més jove. En línia amb aquest estudi i amb els resultats que hem obtingut en el nostre, podem inferir que la Relació amb els altres disminueix amb l'Edat. Un altre factor a tenir en compte és la història personal, tal com s'ha comprovat en múltiples estudis, entre ells el de Waugh *et al.* (2018). Aquest estudi demostra que els pares que han perdut a un fill/a mostren tenir més desig d'ajudar els altres, especialment aquells qui estan en dol, fet que indica que la reacció dels pares i l'oferir ajuda, pot canviar la situació.

Pel que fa a la segona hipòtesi, podem fer els comentaris següents. L'aparició de Noves possibilitats correlaciona positivament amb la capacitat d'Adaptabilitat i el fet de tenir xarxes de suport. En l'estudi de Li *et al.* (2021) van comprovar que les infermeres que estaven casades tenen una actitud més positiva. Ho relacionen amb el fet que, a l'estar casat/ada, es té més suport social per part de la família i aquest suport juga un paper vital per a equilibrar i protegir la salut mental, fet que està relacionat amb el creixement personal després d'un trauma. De la mateixa manera, estudis previs com el de Hamama-Raz i Minerbi (2018) han trobat que buscar xarxes de suport social està relacionat amb el creixement post-trauma, ja que parlar de la situació traumàtica amb aquests suports encoratja l'habilitat de processar l'esdeveniment traumàtic, adoptar noves perspectives i altres maneres de veure les coses que obriran la porta a noves possibilitats.

Respecte la tercera hipòtesi sobre Força personal, podem comentar el que segueix. La Força personal correlaciona positivament amb l'Adaptabilitat i les xarxes de suport, això és a més capacitat d'adaptar-se a noves situacions i/o tenir una xarxa de suport segura (relacions d'amistat, familiars), s'augmenta la sensació de força personal. A l'estudi de Weetman *et al.* (2021) sobre les relacions de parella d'homes que van patir abús sexual en la infància, van trobar que molts d'aquests homes van millorar el seu estat posttraumàtic a través de les relacions segures amb les seves parelles, demostrant també una millor sensació de força personal i, en conseqüència, relacions més significatives i millorades amb les seves parelles.

En un altre estudi sobre l'efectivitat d'un grup online de psicologia positiva durant la pandèmia del COVID-19, desenvolupat per Brouzod *et al.* (2021), van veure que haver sigut membre d'aquest grup de psicologia positiva havia ajudat als participants a millorar la seva força personal i la resiliència. Més concretament, les troballes de l'estudi van mostrar que participar en aquest programa estava associat amb una millora significativa del funcionament psicològic positiu dels participant juntament amb una disminució de les mesures d'angoixa psicosocial, comparat amb el grup control. També és important destacar que el proporcionar suport social als participants els pot haver ajudat a millorar la resiliència durant la pandèmia.

Pel que fa a la quarta hipòtesi, podem fer-ne els següents comentaris. El Canvi espiritual també depèn de diferents factors, característiques personals, culturals, etc. Seguint aquesta línia tenim l'estudi de Oreg *et al.* (2008). En aquest estudi van trobar que la predisposició al canvi, com a constructe a nivell individual, comparteix el significat a través de diferents cultures. Tot i així seria necessària una discussió sobre què significa per a cada cultura ser resistent al canvi, així es podrien entendre millor els resultats i extrapolar-los a nivell individual.

Un estudi de Higginson i Mansell (2008) de l'anàlisi qualitatiu del canvi psicològic, va descobrir que el procés de canvi personal és similar entre diferents individus. Aquest procés de canvi consta d'un primer moment en què els participants es sentien estancats en el seu problema i incapaços de visualitzar el futur. A aquesta fase la precedeix un estadi en què els participants van començar a enfrontar-se i acceptar el seu problema de forma gradual i a experimentar l'insight, fet que va significar un important progrés i els va fer capaços d'entendre el problema d'una manera més adaptativa. Seguint amb la recuperació completa, els individus van comprendre que l'experiència els havia canviat a millor i van ser capaços de veure la seva experiència des d'una perspectiva més racional.

Per últim, pel que fa a l'última hipòtesi realitzem els següents comentaris. Trobem que per la variable Apreciació de la vida, estudis com els de Mystakidou *et al.* (2008) i com el de Cordova *et al.* (2001) ens diuen que persones supervivents d'algun tipus de càncer experimenten un elevat nivell de creixement post-trauma, així com una millor Apreciació de la vida.

Per una banda, els resultats de l'estudi de Mystakidou *et al.* (2008) conclouen que els pacients més joves tenien un nivell més alt de creixement posttraumàtic, així com dels diferents factors: noves possibilitats, força personal i apreciació de la vida. A partir de les regressions múltiples de l'estudi, van obtenir que l'Edat més jove era

l'únic predictor significatiu d'Apresiasi de la vida. Això va en línia amb els resultats obtinguts en el nostre estudi.

Per l'altra banda, segons Cordova *et al.* (2001), haver-se confrontat amb la mort pot portar a una reavaluació i redefinició de les prioritats i objectius de la vida. De la mateixa manera, les persones surten d'aquesta situació pròxima a la mort amb un millor sentit d'apreciació de la vida, de relacions interpersonals, espiritualitat i de recursos personals. A més, entre un 60 i un 90% aproximadament i un 76% de supervivents de càncer de pit i de càncer de testicles, respectivament, van informar canvis beneficiosos, tals com una millor Apresiasi de la vida i millor significació d'aquesta.

6. Conclusions

Aquest estudi proporciona informació útil sobre com la resiliència fa de mediadora sobre el creixement personal posterior a un esdeveniment potencialment traumàtic, com podria ésser el confinament degut a la pandèmia del COVID-19.

En primer lloc, l'Espiritualitat és la millor predictora del creixement personal posttraumàtic (PTG), i el prediu positivament, mentre que l'Edat el prediu negativament. L'Adaptabilitat i les xarxes de suport, i el Nombre de gent amb què s'estava confinat/ada, també en són bons predictors. Pel contrari, Tenir cura d'algú, la Persistència-tenacitat-autoeficàcia, el Control sota pressió, i el Control i propòsit, han estat predictors més dèbils.

Per tant, podríem concloure que per disminuir el trauma (i els seus símptomes corresponents) posterior a un fet traumàtic i potenciar el creixement personal posttraumàtic dels individus, és important treballar la resiliència per tal de millorar-la i augmentar-la, ja que aquesta ajudarà a disminuir els efectes negatius de l'esdeveniment traumàtic, com podria ser desenvolupar un TEPT, i potenciar els efectes positius, tals com el PTG. Per poder treballar la resiliència, cal dissenyar noves intervencions, o implementar les ja existents, quan es treballi amb persones afectades per un esdeveniment de caire traumàtic o donar més importància a la prevenció dels símptomes posttraumàtics.

Els resultats d'aquest estudi poden servir per veure quins factors són els que poden ajudar als individus a millorar la seva capacitat de creixement personal.

7. Limitacions de l'estudi

Aquest estudi compta amb certes limitacions exposades a continuació. Primerament, el percentatge d'homes que van contestar al qüestionari és molt inferior comparat amb la mostra de dones, per tant, hagués estat interessant comptar amb més homes per poder homogeneïtzar més la mostra i que aquesta no fos majoritàriament femenina. Seguidament, a l'administrar un auto-qüestionari es poden donar diferents efectes, entre els quals hi poden haver efectes de desitjabilitat social o falta de sinceritat (Razavi, 2001). També podria ser una limitació la llargada del qüestionari, ja que podia resultar massa llarg i, en conseqüència produir cansament als participants i que aquests responguessin alguns ítems, sobretot els darrers, a l'atzar o sense intenció. Per últim, els participants eren majoritàriament d'Espanya, per tant els resultats obtinguts són a nivell espanyol, hagués estat interessant disposar d'una mostra més àmplia i traspasar fronteres, per tal de generalitzar els resultats a nivell mundial i observar possibles diferències entre països.

8. Bibliografia

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. Washington, DC: Author.

Bisson, J. I., Wright, L. A., Jones, K. A., Lewis, C., Phelps, A. J., Sijbrandij, M., Varker, T., & Roberts, N. P. (2021). Preventing the onset of post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 86, 102004.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>

Bogensperger, J., & Lueger-Schuster, B. (2014). Losing a child: finding meaning in bereavement. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 22910.

<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.22910>

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260–271.

<https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.260>

Bowman, M. L. (2016). *Individual Differences in Posttraumatic Response: Problems With the Adversity-distress Connection*. Routledge.

Broche-Pérez, Y., Rodríguez-Martín, B., Santaella, S., Díaz, G., Carballo, A., & Blanco, Y. (2021). *Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)*. Editorial Samuel Feijóo.

Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., Baourda, V. C., Tassi, C., Stavrou, V., Moschou, K., & Brouzou, K. O. (2021). "Staying Home – Feeling Positive": Effectiveness of an on-line positive psychology group intervention during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*. Published.

<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01613-x>

Buchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Sensky, T. (2007). Grief and post-traumatic stress in parents 2-6 years after the death of their extremely premature baby. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 106–114.

Carlson, E. B. (1997). *Trauma Assessments: A Clinician's Guide* (1.a ed.). Guilford Publications.

Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1548–1551.

<https://doi.org/10.1176/ajp.148.11.1548>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.

<https://doi.org/10.1002/da.10113>

Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>

Figley, C. R. (1985). *Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 15–39.

Giummarra, M. J., Lennox, A., Dali, G., Costa, B., & Gabbe, B. J. (2018). Early psychological interventions for posttraumatic stress, depression and anxiety after traumatic injury: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 62, 11–36.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.001>

Gonzalez, S. T., Marty, V., Spigelman, I., Reise, S. P., & Fanselow, M. S. (2021). Impact of stress resilience and susceptibility on fear learning, anxiety, and alcohol intake. *Neurobiology of Stress*, 15, 100335.

<https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100335>

Hamama-Raz, Y., & Minerbi, R. (2018). Coping strategies in secondary traumatization and post-traumatic growth among nurses working in a medical rehabilitation hospital: a pilot study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(1), 93–100.

<https://doi.org/10.1007/s00420-018-1354-z>

Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(3), 309–328.

<https://doi.org/10.1348/147608308x320125>

Horowitz, M. J. (1993). Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. *Theoretical and Conceptual Foundations*, 49–60.

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2018). ISTSS PTSD Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations.

Kessler, R. C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

Kim-Cohen, J., & Turkewitz, R. (2012). Resilience and measured gene–environment interactions. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1297–1306.

<https://doi.org/10.1017/s0954579412000715>

Lee, D., Yu, E. S., & Kim, N. H. (2020). Resilience as a mediator in the relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adult accident or crime victims: the moderated mediating effect of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1704563.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1704563>

Li, L., Mao, M., Wang, S., Yin, R., Yan, H., Jin, Y., & Cheng, Y. (2021). Posttraumatic growth in Chinese nurses and general public during the COVID-19 outbreak. *Psychology, Health & Medicine*, 1–11.

<https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1897148>

Menger, F., Mohammed Halim, N. A., Rimmer, B., & Sharp, L. (2021). Post-traumatic growth after cancer: a scoping review of qualitative research. *Supportive Care in Cancer*. Published.

<https://doi.org/10.1007/s00520-021-06253-2>

Moura, F. D. A., & Araújo, E. W. F. (2021). Práticas comunicativas, mídias e tecnologias: estudos cruzados entre Brasil e Angola. *Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, 44(1), 47–62.

<https://doi.org/10.1590/1809-5844202112>

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *The Breast*, 17(4), 382–386.

<https://doi.org/10.1016/j.breast.2008.01.006>

Oreg, S., Bayazit, M., Vakola, M., Arciniega, L., Armenakis, A., Barkauskiene, R., Bozionelos, N., Fujimoto, Y., González, L., Han, J., Hřebíčková, M., Jimmieson, N., Kordačová, J., Mitsuhashi, H., Mlačić, B., Ferić, I., Topić, M. K., Ohly, S., Saksvik, P. Y., van Dam, K. (2008). Dispositional resistance to change: Measurement equivalence and the link to personal values across 17 nations. *Journal of Applied Psychology*, 93(4), 935–944.

<https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.4.935>

Razavi T. Self-report measures: an overview of concerns and limitations of questionnaire use in occupational stress research [monograph]. Southampton: University of Southampton; 2001.

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. I. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple session early interventions following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 166 (suppl 3), 293–301.

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1695486.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1695486>

Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2014). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624–634.
<https://doi.org/10.1002/pon.3719>

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24–33.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.006>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence». *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Turrini, G., Tedeschi, F., Cuijpers, P., Del Giovane, C., Kip, A., Morina, N., Nosè, M., Ostuzzi, G., Purgato, M., Ricciardi, C., Sijbrandij, M., Tol, W., & Barbui, C. (2021). A network meta-analysis of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD. *BMJ Global Health*, 6(6), e005029.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005029>

Waugh, A., Kiemle, G., & Slade, P. (2018). What aspects of post-traumatic growth are experienced by bereaved parents? A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1506230.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1506230>

Weetman, C., Kiemle, G., Lowe, M., & Balfour, R. (2021). The Experience of Partner Relationships for Male Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Qualitative Synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802199831.
<https://doi.org/10.1177/1524838021998311>

Zach, S., Zeev, A., Ophir, M., & Eilat-Adar, S. (2021). Physical activity, resilience, emotions, moods, and weight control of older adults during the COVID-19 global crisis. *European Review of Aging and Physical Activity*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s11556-021-00258-w>