



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

“MODERACIÓN DE LA  
AUTOCOMPASIÓN EN LA RELACIÓN  
DEL SOPORTE SOCIAL Y EL  
CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN  
ADOLESCENTES DURANTE EL  
PERIODO DE PANDEMIA COVID 19”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
MAESTRO EN SALUD MENTAL DE NIÑOS  
Y ADOLESCENTES

GIANCARLO CARLOS MAGRO LAZO

LIMA- PERÚ

2024



**ASESORA**

Mg. Marilia Baquerizo Sedano

**JURADO DE TESIS**

DR. Santiago Martin Stucchi Portocarrero

PRESIDENTE

Dra. July Esther Caballero Peralta

VOCAL

DRA. Ybeth Luna Solís

SECRETARIA

## **DEDICATORIA**

A Rafa, Juan Carlos, Xavi y Christian

Por enseñarme a investigar

A mi madre Rita, mi Abuela Haydee y a Carlos

A mi abuelo en el cielo

Por su amor y confianza

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesora Marilia Baquerizo por su constante apoyo

A Dios por enseñarme el camino

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Tesis autofinanciada

# MODERACIÓN DE LA AUTOCOMPASIÓN EN LA RELACIÓN DEL SOPORTE SOCIAL Y EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN ADOLESCENTES DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA COVID 19

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://duict.upch.edu.pe">duict.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
2	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	1%
4	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.unsa.edu.pe">repositorio.unsa.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="http://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="http://revistas.ucv.edu.pe">revistas.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%

## TABLA DE CONTENIDOS

### RESUMEN

### ABSTRACT

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.3. Justificación del problema .....	4
<b>II. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>6</b>
2.1 Antecedentes .....	6
2.2 Marco teórico .....	10
<b>III. HIPOTESIS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
3.1 Hipótesis general.....	22
3.2 Objetivo general.....	22
3.3 Objetivos específicos: .....	22
<b>IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>24</b>
4.1 Nivel y tipo de investigación .....	24
4.2 Diseño de la investigación .....	24
4.3 Población y muestra.....	24
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	25
4.5 Instrumentos de investigación.....	26
4.6 Matriz operacional .....	28
4.7 Procedimientos.....	30
<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>VI. DISCUSIÓN .....</b>	<b>48</b>
<b>VII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>56</b>

### ANEXOS

## RESUMEN

La presente investigación exploró la relación de la percepción del soporte social y el crecimiento postraumático que experimentaron un grupo de adolescentes, así como el rol que la autocompasión tuvo en esta relación. Se validaron dos modelos: Uno de moderación, para evaluar si la autocompasión modifica la significancia estadística y la intensidad de la relación entre el soporte social y el crecimiento postraumático, y alternativamente otro de mediación, para evaluar si la autocompasión significa un camino alternativo para comprender el efecto que el soporte social tiene en el crecimiento postraumático.

Específicamente se midieron los niveles de las variables, y se relacionaron y validaron ambos modelos. Se implementó un diseño descriptivo correlacional de tipo multivariable en 546 adolescentes (287 de género masculino y 259 de género femenino; 207 en adolescencia temprana y 339 en adolescencia media) usando tres escalas: Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI), escala de Autocompasión de Neff y Escala Multidimensional de Apoyo Percibido (MSPSS)

En los resultados se registraron asociaciones significativas entre las variables del estudio: crecimiento postraumático y autocompasión ( $RhO= 0.517$   $p<.001$ ), soporte social y crecimiento postraumático ( $RhO= 0.599$   $p<.001$ ) y soporte social y autocompasión ( $RhO= 0.375$   $p<.001$ ) Con respecto al modelo de moderación no se obtuvo evidencia estadística significativa ( $\beta= 0.0027$   $t=1.078$   $p > 0,05$ ), pero sí se obtuvo evidencia de la mediación parcial de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático ( $B = .15$ ,  $SE = 0.02$ ,  $CI [.11, .20]$ ).



Se concluye que se obtuvo evidencia que permite discutir acciones prácticas para promover el crecimiento postraumático a través de la cualidad compasiva del soporte social en adolescentes.

**PALABRAS CLAVE** ADOLESCENCIA, CRECIMIENTO  
POSTRAUMÁTICO, AUTOCOMPASIÓN, SOPORTE SOCIAL, COVID-19

## **ABSTRACT**

The present research explored the relation between social support and posttraumatic growth experienced during COVID 19 pandemic, as well to measure the role that self-compassion had in that relation. Two models were explored: A moderation model to evaluate if self-compassion modifies the statistical significance and the intensity of the relation between social support and post-traumatic growth; alternatively, a mediation model was run to evaluate if self-compassion was a significant alternative regression path to understand the effect of social support in the posttraumatic growth.

This research explored the posttraumatic growth in teenagers during COVID 19 pandemic by validating a model that explores the relation between social support and posttraumatic growth moderated by self-compassion. This research aimed to search a potential factor that moderates the effect that social support has in posttraumatic growth, alternatively a mediation model was explored with the same variables to show how self-compassion activates this main effect and constitutes an alternative path of social support in posttraumatic growth.

Variables were measured, related and the two models were validated. A multivariable correlational descriptive design was run in 456 teenagers (287 males and 259 females; 207 in early adolescence and 339 in middle adolescence) using three scales: The post traumatic growth inventory (PTGI) The Neff Self Compassion scale and the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS)

Significative associations between the study variables were obtained: Post-traumatic growth and self-compassion ( $RhO= 0.517$   $p=< .001$ ) Social Support and posttraumatic growth ( $RhO= 0.599$   $p=< .001$ ) Social support and self-compassion ( $RhO= 0.375$   $p=< .001$ ). The moderation explore didn't show significant statistical evidence ( $\beta= 0.0027$   $t=1.078$   $p > 0,05$ ), the mediation explore did show significant evidence of Self Compassion partial mediation of the social support effect in posttraumatic growth ( $B = .15$ ,  $SE = 0.02$ ,  $CI [.11, .20]$ ).

As a conclusion evidence was obtained that allows practical discussion about posttraumatic growth promotion trough the compassionate quality of social support in adolescents.

#### **KEYWORDS**

ADOLESCENCE, POST-TRAUMATIC GROWTH, SELF-COMPASSION, SOCIAL SUPPORT. COVID 19

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Planteamiento del problema

La presente pandemia ha significado un incremento del riesgo para la salud psicológica y emocional en los adolescentes. Entre los diversos efectos adversos para la salud mental, asociados al confinamiento y el cierre temporal de las escuelas, se cuentan indicadores como reducción del tiempo de sueño, tiempo excesivo frente a la pantalla y las redes sociales, pérdida en la habilidad de socializar, reducción de creatividad, conflictos y menos productividad (1). Se registran también experiencias de altos niveles de ansiedad, depresión y estrés debidos a la pandemia, así como una mayor frecuencia de uso de alcohol y *cannabis* (2), así como alteraciones emocionales y comportamentales como problemas de control de ira, regulación emocional, rebeldía, quejas somáticas y baja autoestima (3).

En medio de este panorama se hace necesario investigar no solo los efectos negativos sino las variables asociadas al crecimiento y la resiliencia en medio de circunstancias adversas. Una de estas variables es el crecimiento postraumático, que puede ser definido como el cambio psicológico positivo que es experimentado por un individuo como resultado de lidiar con eventos traumáticos o de gravedad (4). Un estudio cualitativo que ha explorado esta variable en el contexto de la pandemia COVID 19 en China concluye que este crecimiento se expresó en la reevaluación de prioridades en la vida, la mejora en relaciones con los círculos sociales, lo que incluyó mantener

relaciones más cercanas con familiares y amigos, y una mayor voluntad de ayudar a otros, así como cambios percibidos con respecto a sí mismo en la consciencia de la importancia de la propia salud (5). Un estudio cuantitativo encontró, en pacientes recuperados de COVID 19, relación del crecimiento postraumático con autoestima, estilos de afrontamiento y soporte social (6). Otro estudio encontró efectos en el crecimiento postraumático, en el contexto de la pandemia, desde la creatividad emocional, a través del soporte social y la regulación emocional (7).

Los estudios de crecimiento postraumático en adolescentes se han realizado en circunstancias adversas como, por ejemplo, terremotos (8), y en otros tipos de trauma (9). En el contexto específico de la pandemia COVID 19 la literatura aún registra pocos estudios de crecimiento postraumático en adolescentes (9–11), por lo que se hace necesario aportar a esta literatura, específicamente en adolescentes peruanos.

La presente investigación se centró en la relación entre el soporte social y el crecimiento postraumático, ya que la primera variable es considerada como uno de los más importante predictores de reacción postraumática (12), al proveer a los individuos traumatizados con un ambiente de soporte donde pueda experimentar la sensación de seguridad y pertenencia (13). Esta relación ha sido previamente explorada en adolescentes y en población adulta, pero aún no se registran estudios en contextos de pandemia. Así mismo se exploró si la autocompasión cumple un rol de moderación en dicha relación, al modificar su intensidad. Alternativamente también se exploró si cumple un

rol de mediación constituyendo un camino alternativo para explicar los efectos del soporte social en el crecimiento postraumático.

Estos resultados permitirán, más adelante en este informe, sugerir a la autocompasión como un camino para potenciar los efectos del soporte social en el crecimiento postraumático.

## **1.2 Problemas de investigación**

### **1.2.1 Problema general**

No se ubica en el estado del arte evidencia suficiente y concluyente sobre el rol de la autocompasión como tercera variable en el efecto del soporte social en el crecimiento postraumático percibido por adolescentes durante la pandemia de COVID 19.

### **1.2.2 Problemas específicos**

Se requiere determinar los niveles de soporte social en una muestra significativa de adolescentes.

Se requiere determinar los niveles de crecimiento postraumático percibido durante la pandemia COVID 19 en una muestra significativa de adolescentes.

Se requiere determinar los niveles de autocompasión en una muestra significativa de adolescentes.

Se requiere determinar la relación entre los niveles de soporte social y crecimiento postraumático percibido durante la pandemia COVID 19 en una muestra significativa de adolescentes.

Se requiere determinar el rol de moderación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático percibido durante la pandemia de COVID 19 en una muestra significativa de adolescentes.

Alternativamente, se requiere determinar el rol de mediación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático percibido durante la pandemia de COVID-19 en una muestra significativa de adolescentes.

### **1.3. Justificación del problema**

Justificación social- La presente investigación apunta a ser un recurso para la justificación de políticas de intervención, basadas en evidencias, de los efectos adversos de la pandemia COVID 19, en este caso apuntando a la promoción de resiliencia en la población adolescente peruana.

Justificación teórica- Los modelos obtenidos durante la presente investigación, tanto de moderación como mediación, son un aporte a las líneas de investigación de la neurociencia social y el bienestar subjetivo, pudiendo utilizarse para justificar hipótesis y proyectar futuras investigaciones.

Justificación práctica- La evidencia obtenida desde el presente estudio brindará la justificación para la implementación de talleres basados en autocompasión enfocados específicamente a grupos de adolescentes que hayan experimentado eventos difíciles asociados a la pandemia de COVID 19, controlando el apoyo social que perciben recibir.

Justificación metodológica- En el presente estudio se usarán diversos instrumentos psicométricos en los que se explorará validez y confiabilidad para que estos puedan ser un referente para uso de medición en futuros estudios en la población adolescente peruana.



## II. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Antecedentes

El primer antecedente internacional tiene como nombre “Longitudinal Relationships between Social Support and Posttraumatic Growth among Adolescent Survivors of the Wenchuan Earthquake”, que es una investigación llevada a cabo por Jia et al. (14), y que tuvo como objetivo explorar la relación longitudinal entre soporte social y el crecimiento postraumático en adolescentes sobrevivientes del terremoto de Wenchuan. Fueron 452 participantes evaluados a los 12, 18 y 24 meses después del terremoto. Los resultados mostraron que las ecuaciones estructurales de seguimiento longitudinal fueron significativas, y el nivel de soporte social (padres, profesores y amigos) predijo el crecimiento postraumático tanto a los 12 como a los 18 meses de seguimiento longitudinal. Adicionalmente el análisis por género no mostró diferencias entre ambas variables.

El segundo antecedente internacional tiene como nombre “Understanding the Relationship Between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder/Posttraumatic Growth Among Adolescents After Ya’an Earthquake: The Role of Emotion Regulation”, y es una investigación llevada a cabo por Zhou et al. (15), que tuvo como objetivo incrementar la comprensión sobre la relación entre el trastorno de estrés postraumático y el crecimiento postraumático, al examinar de forma simultánea el rol del soporte social y la regulación emocional. Se encontró una asociación

significativa y directa entre soporte social y crecimiento postraumático (0.26\*\*).

El tercer antecedente internacional tiene como nombre “Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress”. Fue llevada a cabo por Cosley et al. (16) y tuvo como objetivo examinar el rol de la compasión hacia otros y el soporte social en la reactividad al estrés psicológico. En este experimento los participantes, que previamente habían completado una encuesta online para medir sus niveles de compasión, experimentaron una tarea de estrés social en frente de alguno de dos evaluadores neutrales, mientras su presión sanguínea, niveles de cortisol y variabilidad de frecuencia cardiaca eran evaluadas. Se encontró que la compasión hacia otros interactuaba con el soporte social para regular su reactividad fisiológica al estrés. Cuando se les proveía con soporte social durante la tarea, aquellos participantes con un mayor rasgo compasivo regularon mejor sus biomarcadores y expresaron mayor simpatía por los evaluadores. Concluyen que la compasión a otros puede incrementar nuestra habilidad para recibir soporte social.

El cuarto antecedente internacional tiene como nombre “Self-compassion and posttraumatic growth mediate the relations between social support, prosocial behavior, and antisocial behavior among adolescents after the Ya’an earthquake”. Es una investigación llevada a cabo por Liu, Wang y Wu (17), y tuvo como objetivo examinar los roles mediadores de la autocompasión y el crecimiento postraumático en la relación entre el apoyo social y la conducta prosocial y antisocial en adolescentes chinos después

del terremoto de Ya'an. Es relevante no solo porque aborda población adolescente bajo un contexto retador y estresante, sino porque brinda análisis de correlación entre las tres variables que se explorarán en la presente investigación. Así, se encuentran correlaciones significativas entre crecimiento postraumático y autocompasión positiva (0.32\*\*\*), crecimiento postraumático y autocompasión negativa (0.12\*\*), crecimiento postraumático y soporte social (0.43\*\*\*), soporte social y autocompasión positiva (0.36\*\*\*), y soporte social y autocompasión negativa (0.19\*\*\*). Estos indicadores permiten la posibilidad de replicación y discusión en la presente investigación.

El quinto antecedente internacional tiene como nombre "Self- Compassión and Posttraumatic Growth: Cognitive Processes as Mediators" (18), investigación que exploró la relación de la autocompasión y el crecimiento postraumático en una muestra de estudiantes universitarios de entre 16 a 25 años de edad, y además exploró los procesos cognitivos y sus roles de asociación. Así se obtuvieron las siguientes correlaciones: crecimiento postraumático y autocompasión positiva (0.26\*\*), crecimiento postraumático y autocompasión negativa (0.07), como también evidencia de la mediación de reevaluación cognitiva positiva y búsqueda de significado en la relación de la autocompasión positiva en el crecimiento postraumático. Se sugiere que la autocompasión positiva está asociada a procesos cognitivos adaptativos, que a la vez están asociados a mayores niveles de crecimiento postraumático. Esta investigación es importante porque presenta una correlación significativa de la autocompasión positiva, no tanto

de la dimensión negativa, con el crecimiento postraumático, resultado que se puede contrastar en la presente investigación. Adicionalmente aporta al marco teórico, ya que explica algunos procesos mediacionales entre ambas variables.

El primer antecedente nacional lleva como título: “Afrontamiento y rumiación frente a eventos adversos y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios” (19), y tuvo como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento y estilos rumiativos que se relacionan con la existencia de crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. La relevancia del antecedente es que brinda medidas de tendencia central que, si bien no abarcan población adolescente, permiten la discusión y comparación con los resultados que se obtendrán en la presente investigación. En el estudio mencionado se observan niveles promedio de crecimiento postraumático ( $M=57,53$ ;  $DE=20,57$ ).

El segundo antecedente nacional lleva como título: “Cansancio emocional y Autocompasión: implicancias en la satisfacción con la vida en estudiantes de derecho de una universidad privada de Lima Metropolitana” (20), que tuvo como objetivo explorar la relación entre la autocompasión, el cansancio emocional y la satisfacción con la vida en estudiantes de la facultad de derecho de una universidad privada de Lima Metropolitana. La importancia de este antecedente, para la presente investigación, es similar a la del antecedente previamente citado, ya que, si bien no abarca población adolescente, abarcó población joven, permitiendo una discusión y comparación de los resultados de autocompasión que se obtendrán en la

presente investigación. Se obtuvieron los siguientes resultados:  $M=3.04$  y  $DE=.74$ , los cuales hacen referencia a un nivel moderado o promedio de autocompasión.

El último antecedente nacional lleva como título “Crecimiento postraumático y soporte social en padres de niños hospitalizados por quemaduras” (21), y tuvo como objetivo determinar si el soporte social era un factor predictor del crecimiento postraumático en padres de niños hospitalizados por quemaduras. Se encontró que el soporte social tiene un impacto en todos los dominios del crecimiento postraumático. Estos resultados replican asociaciones similares entre estas dos variables, expuestos en investigaciones nacionales, y permiten contrastar si esta asociación se replica en población adolescente en la presente investigación.

## **2.2 Marco teórico**

### **2.2.1 Soporte social**

#### **2.2.1.1 Concepto**

Los efectos del comportamiento prosocial en el bienestar se han constituido en un área de cada vez mayor interés, ya que es esencial para la promoción de la salud. Aún existe poca investigación de estos determinantes en adolescentes (22), y una de estos posibles determinantes sería el soporte social (23,24).

El soporte social se refiere a los procesos interactivos por los cuales una persona experimenta o percibe que es amada y valorada, sintiéndose parte

de una red social de asistencia y obligaciones mutuas (25). El soporte social puede incluir soporte emocional, instrumental, informativo o evaluativo. El soporte social percibido es muchas veces usado como un indicador de calidad de este soporte o como una evaluación global de la disponibilidad de la red social.

#### 2.2.1.2 Modelo de soporte social

Los modelos de soporte social auto percibido pueden variar según la concepción de diversos autores. Sin embargo, aquí vamos a desarrollar el modelo propuesto por Gregory Zimet, Nancy Dahlem, Sara zimet y Gordon Farley (26).

Estos autores plantean que el soporte social funciona en cuatro puntos. Primero, el efecto directo versus el factor de protección (buffering); segundo, la naturaleza de este soporte; tercero, el foco del efecto curativo o de soporte, y cuarto la acción mediante la cual el soporte social opera para incrementar la salud.

Con respecto al primer punto, se señala que tanto el efecto directo como buffering son propuestas válidas, es decir que, si bien el soporte social puede ser de ayuda directa en todas las circunstancias, en alguna de ellas puede actuar como un factor de protección durante tiempos de estrés.

Con respecto al segundo punto, se señala que el soporte social opera primordialmente como un asistente para el afrontamiento. El impacto de una situación estresante se modifica cuando el soporte de otra persona ayuda a cambiar la situación, el significado de esta cambia la respuesta

afectiva del sujeto a este estresor. Aquí, como ya se vio en el punto anterior, la ayuda concreta provista por otros, el soporte emocional (menos concreto) y el apoyo a la autoestima pueden ser aspectos importantes del funcionamiento del soporte social.

Con respecto al tercer y cuarto punto, se señala que el soporte social tendría efectos positivos en la salud y la promoción de comportamientos saludables. Se ha señalado su relación con estados depresivos o ansiosos (27).

Este modelo ha dado pie a la escala multidimensional de apoyo percibido, cuyas tres dimensiones son soporte social percibido desde familiares, soporte social percibido desde amigos y soporte percibido desde otras personas significativas

## 2.2.2 Autocompasión

### 2.2.2.1 Concepto

La autocompasión, desde Kristin Neff, se conceptúa como el apoyo que se brinda a uno mismo al experimentar sufrimiento o dolor, sea este causado por errores personales e inadecuaciones o retos externos de la vida (28) . Debido a su naturaleza hipo-egoica, la compasión tiene beneficios en la salud y el bienestar de la persona compasiva.

A nivel emocional, puede definirse como la respuesta afectiva que parte de percibir el propio sufrimiento y un auténtico deseo de aliviar la propia aflicción o el distrés (29). A nivel cognitivo abarca el ofrecer comprensión y no-juicio a los propios fallos o errores, así las propias acciones y

comportamientos son vistos en el contexto de una falencia compartida por la humanidad (30).

#### 2.2.2.2 Autocompasión y regulación de estrés

Paul Gilbert propone una forma diferente de analizar y comprender la compasión desde la perspectiva evolutiva, la cual buscaría los orígenes de la compasión en la evolución de las motivaciones de cuidado y comportamiento, donde se pueden identificar algoritmos y sistemas psicofisiológicos que hacen posible la compasión.

Así encontramos un símil entre la perspectiva evolutiva (31) y la tradición budista mahayana, para la cual el cuidado y la compasión son motivaciones básicas. Así que la compasión puede ser definida como un algoritmo básico de “sensibilidad al sufrimiento en uno mismo y en los demás con un compromiso para tratar de aliviar y prevenirlo”(32). Esto permite analizar diferentes comportamientos que tienen el objetivo de regulación a través de diferentes algoritmos y sistemas psicológicos. La compasión puede ser entendida a través de diferentes sensibilidades y comportamientos dependiendo del contexto. La gente puede ser buena en ciertos aspectos de la compasión y no en otros.

Kristin Neff enfatiza el desencanto con la autoestima. Señala que, si bien altos niveles de autoestima han mostrado asociación con bajos niveles de depresión, ansiedad y satisfacción con la vida, existen algunos aspectos perjudiciales. Por ejemplo, se encuentra una fuerte correlación de autoestima con narcicismo (33). El énfasis puesto en la autoestima en las



escuelas americanas y la cultura ha sido responsable de la creación de la “generación yo”, asociada al incremento de niveles de narcicismo en estudiantes escolares de Estados Unidos desde mediados de los sesenta. La autoestima está asociada con el efecto “mejor que”, el cual implica la necesidad de sentirse superior a otros solo para sentirse bien con uno mismo.

La autocompasión, en contraste es una forma de relacionarse positivamente con uno mismo, que no incluye autoevaluaciones o comparaciones sociales, sino compasión. La investigación sugiere que la autocompasión ofrece más beneficios que la alta autoestima, con muy pocos inconvenientes (34).

Guiada por las escrituras de expertos budistas, Neff define a la autocompasión a través de tres componentes principales: a) auto-bondad vs auto-crítica, b) humanidad compartida vs. soledad y c) atención plena vs. identificación (35). Estos componentes se combinan e interactúan mutuamente para crear una mentalidad de autocompasión. La auto bondad se refiere a la orientación al cuidado y la comprensión de uno mismo, en lugar de ser extremadamente crítico. En lugar de tratar de “superarse” en tiempos de sufrimiento, la autocompasión ofrece alivio y confort a uno mismo. La humanidad compartida implica reconocer que todos los humanos son imperfectos, fallan y cometen errores, conectar con lo falible de la condición humana posibilitando una mayor perspectiva de los obstáculos y las dificultades. Mindfulness (atención plena) implica ser consciente de uno mismo en la experiencia del momento presente, en tal

forma que no se ignoran ni hay rumiación de los aspectos incómodos de uno mismo o de la propia vida. La compasión puede ser dirigida a uno mismo durante el sufrimiento a través de la noción de que no hay culpa de uno mismo, cuando las circunstancias externas o de la vida son simplemente difíciles, dolorosas o difíciles de afrontar. El contraste se registra cuando el sufrimiento se relaciona a las propias acciones juzgadas como tontas, fallas o inadecuadas.

### 2.2.2.3 Autocompasión como factor de protección

Mucha de la investigación llevada a cabo en autocompasión ha usado la escala de autocompasión de Neff (35), la misma que se utiliza en la presente investigación. Así, se ha encontrado una asociación fuerte de esta variable con el bienestar psicológico (36). Altos niveles de autocompasión están relacionados con el incremento de sentimientos de felicidad, optimismo, curiosidad y conexión, así como con la reducción de ansiedad, depresión, rumiación y miedo al error. Como los individuos autocompasivos no se castigan a sí mismos cuando fallan, son más susceptibles a admitir errores, modificar hábitos improductivos y asumir nuevos retos. En un estudio de autocompasión en entornos educativos, por ejemplo, se encontró que la autocompasión estaba asociada positivamente con el logro de aprendizaje, y negativamente con metas de desempeño (37). Así los individuos autocompasivos están motivados a aprender y crecer, pero por razones intrínsecas, no porque quieran obtener aprobación social. Neff and Vonk (38) encontraron que, en contraste con la autoestima, la autocompasión no evidenció asociación con ansiedad. Los

comportamientos parentales parecen contribuir al desarrollo de la autocompasión; en este sentido, un estudio (39) encontró que el soporte materno, el funcionamiento familiar armónico y el apego seguro predijeron altos niveles de autocompasión.

#### 2.2.2.4 Autocompasión en adolescentes

Marsh, Chan & MacBeth (40) realizaron un metaanálisis para estimar la magnitud del efecto de la asociación entre autocompasión y el distrés psicológico en adolescentes. La investigación identificó 19 estudios relevantes (en adolescentes entre 10 y 19 años, sumando un total de 7049 para su inclusión). Fue encontrado un tamaño del efecto importante de la autocompasión en el distrés psicológico, asociado este a la reducción de ansiedad, depresión y estrés ( $r = -0.55$ ; 95% CI  $-0.61$ ;  $-0.47$ )

A nivel cualitativo, Klingle & VanVliet (41) realizaron un estudio fenomenológico para profundizar la autocompasión desde la perspectiva adolescente. Seis adolescentes, que habían experimentado una variedad de dificultades de vida, fueron entrevistados sobre sus experiencias de autocompasión en el contexto de sus vidas diarias. Se encontró información sobre los siguientes temas: ponerse a uno mismo en el centro, mantener una mirada positiva, comprometerse en actividades placenteras, conectarse positivamente con otros, trabajar en el autodesarrollo, hacerse a uno mismo atractivo hacia otro, aceptarse uno mismo y experimentar balance emocional. Concluyeron que, al parecer en esta población específica, la autocompasión debe ser pensada como un proceso dinámico,

oscilando entre lo intrapersonal y lo interpersonal. Proceso en el que los individuos construyen el sentido de sí mismos en el mundo.

### 2.2.3 Crecimiento postraumático

#### 2.2.3.1 Concepto

El crecimiento postraumático, de forma simple, se refiere al crecimiento positivo después de experiencias adversas (4). Sin embargo, de forma específica podemos decir que este cambio psicológico se relaciona a cambios positivos en las relaciones individuales, la percepción individual de uno mismo, y cambio positivo global en la filosofía individual de vida, referida como crecimiento en sabiduría. El cambio positivo en las relaciones individuales incluye el incremento de compasión hacia otros, sensibilidad y facilitar la apertura hacia otros. El cambio positivo en la percepción de uno mismo se relaciona al aumento de autoeficacia, autoestima, confianza en uno mismo y el sentido global de ser una buena persona. Finalmente, el cambio positivo en la filosofía individual incrementa el sentimiento de recompensa a través de los retos de la vida e incremento de la madurez. Todo esto incrementa la posibilidad de que el individuo viva su vida de forma más consciente.

#### 2.2.3.2 Crecimiento postraumático en adolescentes

Una experiencia traumática puede emerger desde una lesión seria, ser amenazado o afectado por violencia sexual, o haber perdido un ser amado en circunstancias traumáticas (42); estos eventos pueden ocurrir mediante exposición directa, ser testigo del mismo o aprenderlos desde la

experiencia de un ser amado. Se estima que para el tiempo en el que una persona alcanza la adolescencia, es probable que haya experimentado al menos un evento traumático. Aproximadamente 36% de personas expuestas a un trauma lo han sido entre los 12 y 17 años (43). Estas experiencias han sido asociadas a resultados de salud mental negativa, tales como depresión, problemas comportamentales, y trastorno de estrés postraumático y conductas agresivas (44). Es importante resaltar que la mayoría de niños y adolescentes que experimentan un evento traumático no necesariamente desarrollarán estos resultados psicológicos (45).

Dado que el cerebro adolescente no está completamente desarrollado, en términos comportamentales y de sistemas cognitivos, la adolescencia se constituye en un periodo significativo de vulnerabilidad para problemas comportamentales y afectivos, así como dificultades de adaptación (46). A esto se suman los cambios hormonales que se asocian a una mayor posibilidad de desórdenes de internalización y externalización en comparación a niños y adultos; de hecho, 50% al 75% de individuos con estos problemas, los desarrollan durante sus años adolescentes (47). De forma teórica, esto se explica porque, con respecto a las habilidades de regulación aún no totalmente desarrolladas, las experiencias afectivas de los adolescentes serían demasiado intensas con respecto a sus habilidades para regularlas. Por otro lado, la maduración de las habilidades cognitivas para el pensamiento abstracto, multidimensional, hipotético y el razonamiento durante la adolescencia (48) sugeriría que el crecimiento postraumático emergería precisamente durante la adolescencia.

La literatura del crecimiento postraumático se ha enfocado principalmente en adultos y, solo de forma reciente, en adolescentes. Así la controversia aborda principalmente si personas en esta edad son capaces de experimentar este crecimiento. Los autores (49) han propuesto que los adolescentes aún no han desarrollado las habilidades de afrontamiento, los recursos financieros ni la autonomía, y aún se encuentran en el proceso de formación de identidad, lo que interferiría con su capacidad de crecimiento psicológico después de experiencias adversas.

Un camino para resolver esta controversia sería diferenciar resiliencia de crecimiento postraumático. La primera se refiere específicamente a los rasgos particulares de personalidad o cualidades individuales que pueden prevenir resultados mentales negativos después de experiencias traumáticas, maximizando recursos internos y externos para superar dichas experiencias (50). La resiliencia incorpora variables biológicas y socio/contextuales. En contraste, el crecimiento postraumático no apunta a determinar si un individuo continuará funcionando adecuadamente a pesar de experiencias traumáticas, sino busca abordar quién crecerá psicológicamente a partir de esos eventos.

#### 2.2.3.3 Crecimiento postraumático durante la pandemia de COVID 19

El crecimiento postraumático ha sido observado en diversos contextos, desde terremotos (51) hasta los atentados a las torres gemelas (52). Se han observado efectos en la salud mental positiva reportados durante una de las primeras oleadas de epidemia local de síndrome respiratorio severo y

agudo (SARS) en Hong Kong en 2003 (53), lo que incluye mayor soporte percibido desde los seres queridos (soporte social) (14), mayor atención a la propia salud mental y el compromiso con adoptar estilos de vida más saludables. La alteración (desfase) afectiva del evento estresante, en lugar del evento en sí mismo, motiva el procesamiento cognitivo. Este proceso sería el que llevaría a cambiar perspectivas sobre uno mismo, el evento y el mundo alrededor (52–54).

Bajo las circunstancias particulares de la segunda ola de la pandemia de COVID 19, se realizó un estudio en Hong Kong (55). Se observó que el crecimiento postraumático predecía la salud mental al reducir el riesgo de progresar a una condición psicopatológica, al promover la aceptación del dolor y preocupaciones causadas por las limitaciones en situaciones estresantes, como sentirse indefenso ante la COVID 19, así como al motivar a las personas a comprometerse a actividades que valoran. Otro estudio (56) reportó que enfermeras, durante la pandemia, experimentaron crecimiento postraumático a través de intervenciones psicoterapéuticas, especulando que este crecimiento les permite manejar el trabajo de alta intensidad con una actitud psicológica positiva, al mejorar su autocontrol y aliviar las emociones negativas (57).

Muy pocos estudios se han centrado en el segmento infante juvenil (58); en este contexto, se estudió la prevalencia de estrés postraumático en 15 993 niños y adolescentes entre 8 y 18 años con secuelas de COVID-19 en China. Un total de 11.5% de participantes cumplieron este criterio. Selçuk et al. (59) examinaron 447 adolescentes durante el brote de COVID 19,

encontrando un nivel de prevalencia de 28.5% de estrés postraumático en Turquía. Entre los síntomas se observan pensamientos intrusivos, evitación de estímulos, alteraciones negativas en cognición y estados de ánimo, y alteraciones marcadas en activación fisiológica y reactividad han sido reportadas en los sobrevivientes (60).

Estudios recientes han reportado la presencia de ambas variables, tanto reacciones psicológicas negativas y crecimiento postraumático durante la pandemia de COVID 19 (61,62).



### **III. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1 Hipótesis general**

Los niveles de autocompasión modifican la relación del soporte social y el crecimiento postraumático asociado a la pandemia COVID 19, haciéndola más fuerte y significativa (moderación).

#### **3.2 Objetivo general**

Determinar el rol de moderación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático asociado a la pandemia de COVID 19 en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú.

#### **3.3 Objetivos específicos:**

1. Medir los niveles de autocompasión en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú.
2. Medir los niveles de crecimiento postraumático en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú.
3. Medir los niveles de apoyo social auto percibido en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú.
4. Comparar los niveles de las variables del estudio (autocompasión, crecimiento postraumático y soporte social) según edad y sexo.
5. Relacionar los niveles de soporte social y crecimiento postraumático asociados a COVID 19 en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú.

6. Validar estadísticamente un modelo de moderación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático asociado a la pandemia de COVID 19 en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú.
7. Alternativamente, validar estadísticamente que la autocompasión constituye un camino de regresión alternativo para explicar los efectos del soporte social y el crecimiento postraumático asociado a la pandemia de COVID 19 en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú (mediación).

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 Nivel y tipo de investigación**

La investigación fue de nivel cuantitativo y tipo correlacional, que según Tamayo y Tamayo (63) persigue fundamentalmente determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con otras variaciones registradas; esto estadísticamente a través de coeficientes de correlación.

### **4.2 Diseño de la investigación**

La presente investigación siguió un diseño no experimental, transversal y descriptivo correlacional de tipo multivariable, que según Salvador Figueras es un conjunto de métodos estadísticos cuya finalidad es analizar simultáneamente grupos de datos multivariantes, en el sentido de que hay varias variables medidas para cada individuo u objeto de estudio (64).

### **4.3 Población y muestra**

La población receptora del estudio fueron los alumnos de secundaria de la institución educativa “Ingeniería”, ubicada en la ciudad de Huancayo, Perú. Esta institución, sus servicios e instalaciones están orientadas a un estrato socioeconómico medio a medio-alto. Los últimos registros de prevalencias llevados a cabo por la oficina de tutoría, en indicadores de salud mental, evidencian, en promedio, niveles de ansiedad, estrés y depresión de nivel bajo a moderado. Al momento de la ejecución de este estudio, 720 adolescentes entre 11 a 17 años, se encontraban inscritos en

el nivel de educación secundaria. Del total de padres de familia, 174 no asistieron a las jornadas de padres donde se brindó el consentimiento informado, o no dieron su consentimiento, por lo que la muestra fue de 546 adolescentes; 287 de género masculino y 259 de género femenino. Con respecto a la distribución de edades, el 37.7% (n= 207) se ubicó en el grupo de adolescencia temprana (edades 11 a 13 años) y el 62.3 % (n=339) en el grupo de adolescencia media.

El muestreo fue de tipo censal, el cual según Ramírez (65) establece a la muestra censal aquella donde el conjunto de todo el sector poblacional de investigación es considerado, a la vez, como muestra. Es decir, es simultáneamente población y muestra. De modo práctico, se eligió este tipo de muestra al considerar un número manejable de sujetos y viable de evaluar.

Una vez obtenida la muestra, se exploró el criterio de normalidad obteniéndose en la prueba Kolmogorov- Smirnov niveles de significancia (*p valor*) por debajo de .05 en las tres escalas (crecimiento-postraumático, autocompasión y soporte social), lo que nos señala que la distribución de la muestra en estas medidas no sigue una distribución normal.

#### **4.4. Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión

- Pertenecer a uno de los grados de educación secundaria.
- Contar con posibilidad y disposición de resolver el cuestionario.
- Que uno de los padres de familia firme el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión

- Encontrarse fuera de alguno de los grados de educación secundaria.
- Que los padres de familia no firmen el consentimiento informado.

#### **4.5 Instrumentos de investigación**

Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI) (66) en su adaptación al español está compuesto por tres factores: sí mismo, relaciones interpersonales y filosofía de vida. El instrumento está compuesto por 21 ítems a responderse a través de una escala Likert de 6 puntos, según el nivel en que los cambios listados ocurrieron en la vida de la persona evaluada después de una determinada crisis. Específicamente en el presente estudio se usará la versión adaptada para niños de 6 a 15 años, que ha sido modificada a 4 opciones en escala Likert con 10 ítems que abarcan cinco dominios (nuevas posibilidades, relacionarse con otros, fuerza personal, aprecio por la vida y cambio espiritual) (67). Este cuestionario tiene una validación psicométrica en adolescentes peruanos (68), entre los cuales se ubicó una buena consistencia interna del instrumento (coeficiente  $\omega \geq 0,70$ ), así como una apropiada evaluación del ajuste del modelo de 5 factores (CFI= 0,95, TLI= 0,94, SRMS= 0,040, RMSEA= 0,043). Para poder contextualizar las crisis, se ha redactado una lista de eventos estresantes, adaptada de un estudio previo (69), que los estudiantes las leyeron antes de responder el inventario.

Escala de Autocompasión: Construida originalmente por Neff (35), ha sido traducida al español por García-Campayo (70). Mide la autocompasión, conceptualizada como la apertura al sufrimiento propio, aceptando las propias limitaciones con amabilidad, adoptando una postura libre de críticas negativas. Cuenta con 26 ítems que se evalúan conforme a una escala tipo Likert de cinco puntos, que van de casi nunca=1 a casi siempre=5. Está compuesta por seis dimensiones (auto amabilidad, auto juicio, humanidad compartida, aislamiento, conciencia plena y sobre identificación). Esta escala tiene una validación en adolescentes peruanos (71), entre los cuales los índices de fiabilidad son adecuados (coeficiente  $\omega = 0,90$ ) y una adecuada consistencia estadística de este modelo de 6 factores (CFI= 0,90, SRMS= 0,056, RMSEA= 0,038).

Escala Multidimensional de Apoyo Percibido (MSPSS), construida por Gregory Zimet, Nancy Dahlem, Sara Zimet y Gordon Farley (26) Es un instrumento de 12 ítems cuyo objetivo es medir los niveles de apoyo social percibido a través de una escala de Likert de 7 alternativas siendo 1=casi nunca, 7=siempre o casi siempre. Se exploraron sus propiedades psicométricas en una muestra con adolescentes peruanos (72), obteniendo una buena confiabilidad (Coeficiente Alpha de Cronbach=.85). Para el presente estudio se usará la versión propuesta y validada en adolescentes peruanos por Ortiz-Moran (73), con escala Likert de 5 alternativas.

## 4.6 Matriz operacional

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Índices
Soporte social	Procesos interactivos donde una persona experimenta ser amado y valorado, sintiéndose parte de una red social de asistencia y obligaciones mutuas (25) Podemos medir esta experiencia desde tres dimensiones según el modelo de Zimet, Nancy Dahlem, Sara Zimet y Gordon Farley (26).	Apoyo social familiar	Escala de 1-7 Ítems 3,4,8,11	La tipificación se basa en sacar el promedio general de las respuestas en base total, y por dimensión, es decir, los promedios de 1-3 significan poco soporte social, 3-5 indica que es moderado y 5-7 indica alto.
		Apoyo social amigos	Escala de 1-7 6,7,9,12	
		Apoyo social persona	Escala de 1-7	
		Apoyo social significativa	1,2,5,10	
Crecimiento postraumático	En adolescentes, se mide a partir de la percepción de la experiencia desde cinco dimensiones según el modelo propuesto (67)	Nuevas posibilidades	Escala de 0-5 Ítems 3,7,11,14,17	La tipificación se basa en sacar el promedio general de las respuestas en base total, y por dimensión, es decir, los
		Relacionarse con otros	Escala de 0-5 Ítems 6,8,9,15,16,20, 21	
		Fuerza personal	Escala de 0-5	

		Ítems 4,10,12,19	promedios de 0- 1.6 significa poco, 1.7-3.3 indica que es moderado y 3.4 -5 indica alto
	Aprecio por la vida	Escala de 0-5 Ítems 1,2,13	
	Cambio espiritual	Escala de 0-5 ítems 5,18	
Autocompasión		Escala de 1-5	La tipificación
	Auto juicio	Ítems 1,8,11,16,21	se basa en sacar el
Forma honesta de relacionarse con el mundo y responder al sufrimiento de otros (36), esta puede medirse a través de seis dimensiones (35).	Aislamiento	Escala de 1-5 Ítems 4,13,18,25	promedio general de las respuestas en
	Sobre identificación	Escala de 1-5 Ítems 2,6,24,20	base total, y por dimensión, es decir, los promedios de 1-
	Auto amabilidad	Escala de 1-5 Ítems 5,12, 19,23, 26	2.5 significa poca autocompasión,
	Humanidad compartida	Escala de 1-5 Ítems 3,7,10,15	2.5-3.5 indica que es moderado y



---

	Escala de 1-5	3.5-5 indica
Consciencia plena	Ítems	alto.
	9,14,17,22	

---

## 4.7 Procedimientos

### 4.7.1 Reclutamiento

Debido a las políticas post-pandemia, la institución educativa “Ingeniería” ha regresado a la presencialidad desde el mes de agosto del 2022, por lo que la forma de recolección de datos fue de forma presencial, a través de una encuesta física que contiene los instrumentos de investigación. Para incrementar el nivel de respuesta, se coordinó, con la oficina de Tutoría y Orientación Educativa (TOE), que tiene conocimiento e interés de este proceso de evaluación, las facilidades para que se pueda ingresar a los salones durante algunos espacios de tutoría, y así recolectar los datos. Se cubrieron todos los salones del nivel secundario. Al ser la evaluación de modo presencial se pudo supervisar el relleno de la encuesta, dudas y consultas de los participantes, y esto fue útil para la reducción del número de datos perdidos o identificar si estos se asociaban a la reticencia del encuestado por responder, o si la pregunta no resultaba lo suficientemente clara.

#### **4.7.2 Consentimiento y asentimiento informado**

Para la obtención del consentimiento informado de los padres se informó a todos los padres de secundaria sobre la presente investigación, durante la jornada bimestral de escuela de padres, en ese momento se les brindó el documento que explica la naturaleza de la investigación, riesgos, beneficios y la naturaleza voluntaria de la participación. Precisamente se enfatizó que la institución tendrá acceso a los datos globales (no individuales) para poder evaluar las necesidades específicas de capacitación futura, tanto a padres como estudiantes. Como se ha mencionado previamente, los estudiantes cuyos padres no aprobaron su participación no recibieron el asentimiento o formulario en la segunda etapa. 546 padres de familia firmaron el consentimiento informado, 174 padres no asistieron a las jornadas o decidieron no firmar el consentimiento.

El asentimiento informado se entregó a los estudiantes antes de los instrumentos de evaluación, siendo este el primer documento que visibilizaron. Este documento explicó la naturaleza de la investigación, riesgos, beneficios y sobre todo la naturaleza voluntaria de la participación para que los estudiantes sepan que pueden interrumpir su participación en el estudio en cualquier momento de la evaluación. Este asentimiento al final tenía dos opciones Sí o No para poder dar el asentimiento, permitiendo consignar, de manera opcional, la firma del estudiante. Los 546 estudiantes dieron su asentimiento informado

### 4.7.3 Aplicación de instrumentos de evaluación

A cada salón ingresaron dos evaluadores. Antes de entregar los instrumentos debieron tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- No se entregó el formulario a aquellos adolescentes cuyos padres no dieron la autorización previa.
- No se entregó el formulario a aquellos adolescentes que no brindaron su asentimiento informado.
- Se evaluaron todos los salones de secundaria, cada cuestionario no consignó datos personales y solo tuvo un código. En el caso de la presente evaluación no se registraron formularios viciados o vacíos.

El modo presencial permitió realizar un proceso informativo previo sobre el cuestionario, así como un proceso posterior de psicoeducación para que los adolescentes comprendan la importancia de los contenidos en lo que han sido evaluados, esto explicaría por qué no se registraron formularios viciados o vacíos.

Esta psicoeducación tuvo los siguientes componentes:

Componentes	Actividad	Tiempo
¿Qué es el sufrimiento?	Escuchar las opiniones de los	5 min
y	estudiantes. Clarificar el concepto de	
¿Qué nos ayuda a sufrimiento y entender que puede		
sobrellevarlo?		

---

	detenernos, como también darnos una oportunidad para crecer.	
Herramientas: El soporte social	Contamos con algunas herramientas para convivir y crecer desde el sufrimiento, la principal es la habilidad de buscar y abrirse a recibir soporte de familia, amigos y otras personas clave.	5 min
¿Qué nos ha enseñado la pandemia?	Después de lo expuesto, con preguntas clave, llevamos a los estudiantes a reflexionar acerca de su propio crecimiento durante la pandemia y los motivamos a mantener este crecimiento.	5 min

---

#### **4.7.4 Plan de análisis de resultados**

A partir de los formularios que se obtuvieron en el proceso anterior, se digitaron los datos en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22. Con respecto al tratamiento de datos perdidos, desde las recomendaciones brindadas (74), se tomaron las siguientes medidas:

- En el caso que un estudiante no haya rellenado secciones del cuestionario, y siguiendo el criterio de selección por variable, del tratamiento de datos, se procedió a verificar si se registran datos en las variables que van a ser utilizadas para el análisis, sobre todo el análisis de moderación y mediación (considerando las variables de control

sexo y edad/grado). Si se da este registro se conservará el formulario, de lo contrario no se incluirá en la base de datos.

- Si se llegaron a observar mínima y excepcionalmente valores ausentes en las variables del análisis de moderación, se usó el método de imputación por sustitución de la media.
- Si los valores ausentes son excesivos en una variable, como se mencionó en la primera medida, ese formulario no se incluyó en la base de datos.
- Como se mencionó previamente, ya que la evaluación fue de modo presencial, se pudo supervisar el relleno de la encuesta, dudas y consultas de los participantes y esto fue útil para la reducción del número de datos perdidos e identificar si estos se asociaron a la reticencia del encuestado por responder, o si la pregunta no fue lo suficientemente clara. Así, no se registraron formularios viciados, ingresando los 546 formularios a la base de datos.

En un primer momento se realizó un análisis descriptivo para la obtención de medias y desviación estándar para cada variable. En relación al análisis descriptivo, se llevó a cabo la prueba de normalidad para evidenciar la distribución normal de la muestra. Previamente a los análisis se calculó la consistencia interna de cada escala a través del coeficiente Omega de MacDonal. Siguiendo lo señalado por Campo-Arias & Oviedo (75) deben encontrarse puntajes entre .70 y .90 para considerar un valor aceptable.

Como complemento descriptivo se llevaron a cabo pruebas de comparación de medias de las variables de estudio (autocompasión, soporte social y crecimiento postraumático) según el sexo y los grupos de edad (adolescencia temprana y adolescencia media).

Las correlaciones entre variables fueron calculadas. Para analizar los efectos de moderación de la autocompasión en la relación entre apoyo social y crecimiento postraumático se usó el proceso propuesto por Preacher y Hayes (76) a través del macro MODERATE y PROCESS para SPSS para modelos con una variable independiente.

La exploración de la moderación, de acuerdo a la hipótesis de estudio, se realizó de la siguiente manera. Se calculó y evaluó la consistencia estadística de tres modelos de regresión. En el primero, las variables de control, sexo y edad fueron seleccionadas como variables de análisis. En el segundo, las variables soporte social y autocompasión fueron incluidas. En el tercero la moderación de la variable autocompasión versus soporte social fue incluida. A través del macro MODERATE y PROCESS se obtuvieron gráficos que permitieron visualizar y analizar el cambio de pendiente a niveles bajo (-1SD) y alto (+1SD) del moderador (autocompasión), según la técnica de Johnson Neyman, así como los indicadores de significancia de los modelos, se esperó que sobre todo el tercer modelo registre un efecto combinado (de autocompasión y soporte social) estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Como se verá más adelante en la sección resultados, esto no se logró, por lo que no se incluyeron estos gráficos.

Con respecto al análisis complementario de mediación, se usó el macro MEDIATION Y PROCESS, específicamente el modelo 4, esperando que los resultados de mediación parcial o completa fueran estadísticamente significativos. ( $p < 0,05$ ), así un como intervalo de confianza que no incluyera el cero. Este análisis estimó el efecto indirecto, el error estándar, los intervalos de confianza y el tamaño del efecto. El efecto indirecto mostrado en el modelo es significativo si el coeficiente de intervalo no excede a cero. En base a estos resultados se elaboró el gráfico de mediación parcial que aparece en el presente informe de investigación en la sección resultados.

#### **4.7.5 Consideraciones éticas**

El presente estudio consideró las recomendaciones éticas para estudios que involucran a niños o adolescentes (77), y la ética en investigación clínica. El proyecto ha sido evaluado y aprobado por la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia – FAMED (Constancia 158-10-23). A través del consentimiento y asentimiento informado se buscó respetar la autonomía de los participantes, así como la confidencialidad con respecto a la información brindada. Por otro lado, la muestra de tipo censal permite que todos los grupos étnicos de adolescentes reciban la misma oportunidad de participar en la investigación, siendo el único criterio de exclusión el decidir no participar a través del consentimiento y/o asentimiento informado, información que se expresó además de forma verbal antes de cada

evaluación, acciones que buscaron conservar y respetar la autonomía de los alumnos con respecto al llenado de los cuestionarios.

#### **4.7.6 Presupuesto**

---

Nro.: 001	Fecha: 25/02/23
-----------	-----------------

---

<b>Descripción</b>	<b>Monto</b>
Papelería e impresiones (820 formularios)	410 soles
Evaluadoras (2)	500 soles
<b>Soporte estadístico</b>	<b>500 soles</b>
Otros gastos (transporte e imprevistos)	<b>200 soles</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1610 soles</b>

---



## V. RESULTADOS

### 5.1 Descriptivos generales y específicos

Previamente al análisis correlacional se exploró la consistencia interna de las medidas obtenidas. Así el inventario de crecimiento postraumático obtuvo una fiabilidad de .919, la escala de autocompasión obtuvo una fiabilidad de .848 y la escala de soporte social obtuvo una fiabilidad de .916, todas en el estadístico Alpha de Cronbach. Así mismo se llevó a cabo el análisis de normalidad de las variables del estudio a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, considerando el tamaño de la muestra, con lo que se obtuvo un p valor menor que el Alpha (0.05) en cada una de las escalas (crecimiento postraumático  $< .001$ ; autocompasión  $< 0,003$  y soporte social  $< ,001$ ) lo que evidencia la no normalidad de las medidas.

Como se puede observar en la tabla 1, las variables soporte social y crecimiento postraumático registran promedios que los sitúan por encima de la media del rango que determina su tipificación, en tanto que la variable autocompasión se sitúa por debajo de la media. Esto se refleja en las frecuencias de distribución según la tipificación de cada variable, en donde las dos primeras variables reflejan una agrupación con tendencia hacia el nivel alto, en tanto que autocompasión se concentra hacia el medio, y en el caso de algunas dimensiones de autocompasión como aislamiento y sobre identificación, estas se agrupan hacia el nivel bajo.

De manera específica y de acuerdo a la tipificación expuesta previamente en este informe, tenemos que con respecto a la variable soporte social (M=4.95) se registró, en promedio, un nivel moderado en los adolescentes participantes del estudio; en sus subdimensiones se registró, en promedio, un nivel moderado en el soporte social familia (M=4.76); un nivel moderado en el soporte social de amigos (M=4.91), y un nivel alto en el soporte social de alguna persona significativa o especial (M=5.18).

Con respecto al crecimiento postraumático (M=3.20) se registró, en promedio, un nivel moderado; en sus subdimensiones se registró, en promedio, un nivel moderado en encontrar nuevas posibilidades (M=3.11); un nivel moderado en aprender como relacionarse con otros (M=3.20), sentir mayor aprecio por la vida (M=3.06); experimentar un cambio espiritual (M=3.10); así como un nivel alto en experimentar mayor fuerza personal (M=3.45).

Finalmente, con respecto a los niveles de autocompasión (M=2.90) se registra, en promedio, un nivel moderado en los adolescentes participantes del estudio; en sus subdimensiones, un nivel moderado en los niveles de auto juicio (M=2.72); un nivel moderado en los niveles de aislamiento (M=2.81); un nivel moderado en sobre identificación (M=2.78), un nivel moderado en auto amabilidad (M=2.93); un nivel moderado en humanidad compartida (M=3.01), y finalmente un nivel moderado en consciencia plena (M=3.21)

**Tabla 1.** Descriptivos y frecuencias de las variables del estudio

Variable	Rango	Media	D.E	Distribución por niveles %		
				Poco	Moderado	Alto
<b>Soporte social</b>	1-7	4.95	1.30	8.9	39.8	51.3
<i>Soporte social familiar</i>	1-7	4.76	1.67	17.6	35.7	53.3
<i>Soporte social amigos</i>	1-7	4.91	1.53	13,5	37,6	48,9
<i>Soporte social personas signif.</i>	1-7	5.18	1.62	13,3	29,3	57,4
<b>Crecimiento postraumático</b>	0-5	3.20	.86	11.7	26.5	61.9
<i>Nuevas posibilidades</i>	0-5	3.11	.96	15.7	29.6	54.6
<i>Relacionarse con otros</i>	0-5	3.20	.99	15.9	23.5	60.6
<i>Fuerza personal</i>	0-5	3.45	.89	9.4	21.9	68.7
<i>Aprecio por la vida</i>	0-5	3.06	1.02	20.2	29.4	50.4
<i>Cambio espiritual</i>	0-5	3.10	1.16	22.2	28.5	49.3
<b>Autocompasión</b>	1-5	2.90	.53	20.9	67.8	11.3
<i>Auto juicio</i>	1-5	2.72	.78	39.4	44.1	16.5

<i>Aislamiento</i>	1-5	2.81	.95	43.1	36.9	20.0
<i>Sobre</i>	1-5	2.78	.89	43.0	39.3	17.8
<i>identificación</i>						
<i>Auto</i>	1-5	2.93	.90	30.9	40.6	28.5
<i>amabilidad</i>						
<i>Humanidad</i>	1-5	3.01	.75	31.1	46.9	22.0
<i>compartida</i>						
<i>Consciencia</i>	1-5	3.21	.75	20.2	51.9	28.0
<i>plena</i>						

---

Fuente: Elaboración propia

## 5.2 Descriptivos por grupo de edad y sexo

Como se observa en las tablas 2, 3 y 4 se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables del estudio según género, teniendo las adolescentes menores niveles que los adolescentes, en crecimiento postraumático ( $X^2=23.49$   $p= <.001$ ), autocompasión ( $X^2=55.58$   $p= <.001$ ) y soporte social ( $X^2=11.1$   $p= <.001$ ).

**Tabla 2.** Prueba de un factor- Kruskal-Wallis-VI: Crecimiento post- traumático

SEXO	N	Media	DE	EE	$X^2$	p
Masculino	283	70.8	17.3	1.029	23.49	<.001
Femenino	257	63.3	18.2	1.138		

---

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3.** Prueba de un factor Kruskal- Wallis -VI: Autocompasión

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>EE</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Masculino	283	79.7	13.3	.787	55.58	< .001
Femenino	257	71.2	13.3	.830		

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4.** Prueba ANOVA de un factor- Kruskal-Wallis -VI: Soporte social

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>EE</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Masculino	283	61.6	14.6	.871	9.38	< .001
Femenino	257	57.1	16.3	1.018		

Fuente: Elaboración propia

En las tablas 5, 6 y 7 no se observan diferencias estadísticamente significativas en las variables del estudio según grupo de edad, teniendo los adolescentes tempranos similares niveles que los adolescentes tardíos, en crecimiento postraumático ( $X^2= 0.816$   $p= < .366$ ), autocompasión ( $X^2=0.119$   $p= < .731$ ) y soporte social ( $X^2=0.413$   $p= < .521$ ).

**Tabla 5.** Prueba ANOVA de un factor- Kruskal Wallis -VI: Crecimiento post- traumático

<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>EE</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Adolescencia temprana	205	68.1	18.9	1.319	0.816	.366
Adolescencia media	335	66.7	17.7	0.966		

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 6.** Prueba ANOVA de un factor- Kruskal Wallis -VI: Autocompasión

EDAD	N	Media	DE	EE	X <sup>2</sup>	p
Adolescencia temprana	205	76.1	13.9	.973	0.119	.731
Adolescencia media	335	75.3	13.9	.762		

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 7.** Prueba ANOVA de un factor- Kruskal Wallis -VI: Soporte Social

EDAD	N	Media	DE	EE	X <sup>2</sup>	p
Adolescencia temprana	205	58.8	16.2	1.134	0.413	.521
Adolescencia media	335	59.9	15.2	0.832		

Fuente: Elaboración propia

### 5.3 Correlaciones

Como se observa en la tabla 8, se registran asociaciones significativas entre las variables del estudio. Si consideramos al Rho de Spearman como un símil no paramétrico de la R de Pearson, y siguiendo la propuesta de Dancey y Reidy, la relación entre el crecimiento postraumático y autocompasión, en los adolescentes participantes del estudio, es fuerte y directa (RhO= 0.517 p=<.001); la relación entre el soporte social y el crecimiento postraumático también es fuerte y directa (RhO= 0.599 p=<.001), y la relación entre el soporte social y la autocompasión es

moderada y directa ( $RhO= 0.375$   $p=<.001$ ). Relaciones de este tipo significan que la probabilidad de que ambas variables aparezcan juntas es alta, lo que facilita la predicción de la que se considere variable dependiente. Esto se complementa con los modelos de regresión que se explican en el próximo apartado.

#### 5.4 Prueba de moderación y mediación

**Tabla 9.** Análisis de regresión lineal y análisis de regresión lineal de Hayes considerando a la autocompasión como variable moderadora (Variable dependiente = Crecimiento postraumático).

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	$\beta$	T	$\beta$	T	$\beta$	t
<b>V. control</b>						
Edad	-0.616	-0,928	-0.906	-1.815	-0.906	-1.815
Sexo	-7,572	-4.945***	-1,367	-1.134***	-1.372	-1.138
<b>V. independiente</b>						
Soporte social			0.539	13.606***	0.3438	1.8521
<b>V. moderadora</b>						
Autocompasión			0.447	9.694***	0.2884	1.8697*
<b>Moderación</b>						
Soporte social x autocompasión					.0027	1.0786
R2	0.211		0.683		0.683	
F(df1,df2)					5(534)	

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

Fuente: Elaboración propia

La tabla 9 muestra los modelos de regresión de las variables del estudio. En el modelo 1 se consideraron solo las variables del control edad y sexo, en este primer modelo el sexo mostró ser significativo ( $\beta = -7.572$   $t = -4.945$   $p = p < .001$ ); el modelo predice el 20 por ciento del crecimiento postraumático. Con respecto al modelo 2, se replican las variables del primero modelo y se incluye la variable independiente soporte social, así como la variable moderadora autocompasión. Ambas variables resultaron ser significativas: soporte social ( $\beta = -7.572$   $t = -4.945$   $p = p < .001$ ); autocompasión ( $\beta = -7.572$   $t = -4.945$   $p = p < .001$ ) y el modelo predice el 68 por ciento del crecimiento postraumático, siendo un modelo fiable para predicciones futuras.

En el caso del modelo 3, se utilizó el PROCESS macro de Hayes con el objetivo de evaluar el efecto moderador de la autocompasión en la relación del soporte social y autocompasión. El efecto combinado de soporte social y autocompasión resultó ser no significativo ( $\beta = 0.0027$   $t = 1.078$   $p > 0,05$ ), y como se observa, solo la autocompasión mantiene su significancia, y si bien el modelo explica el crecimiento postraumático, las variables pierden su significancia individual, así como efecto combinado del soporte social y autocompasión. Concluimos que no se obtiene evidencia estadísticamente significativa de la moderación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático.



**Tabla 10.** Estimación y efectos del modelo de mediación

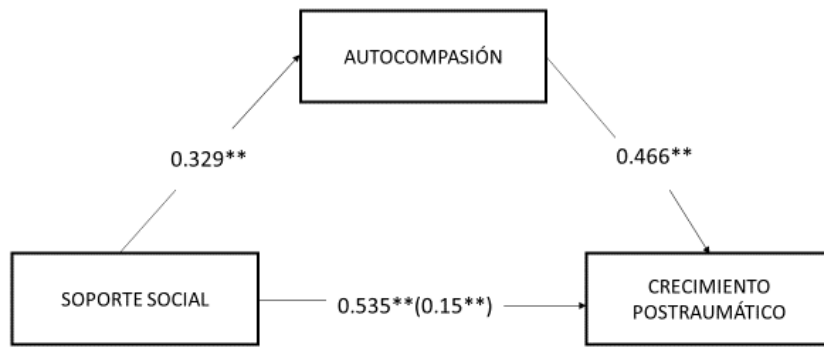
<b>Effect</b>	<b>Estimate</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
Indirecto	0.153	0.0221	6.94	< .001
Directo	0.535	0.0395	13.56	< .001
Total	0.688	0.0403	17.09	< .001

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 11.** Caminos de regresión del modelo de mediación

			<b>Estimate</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Soporte_social	→	Autocompasión	0.329	0.0357	9.23	< .001
Autocompasión	→	Crecimiento_postraumático	0.466	0.0443	10.52	< .001
Soporte_social	→	Crecimiento_postraumático	0.535	0.0395	13.56	< .001

Fuente: Elaboración propia



**Figura 1.** Modelo de mediación de la asociación entre el soporte social y el crecimiento postraumático a través de la autocompasión en los adolescentes participantes del estudio,

Como se observa en la figura 1 y en las tablas 10 y 11, todos los caminos de regresión son significativos, y el efecto total del soporte social en el crecimiento postraumático ( $B = .53$ ,  $SE = 0.04$ ,  $CI [.46, .61]$ ) se reduce luego de que la autocompasión ingresa como mediadora, produciendo una mediación parcial ( $B = .15$ ,  $SE = 0.02$ ,  $CI [.11, .20]$ ). Se obtiene evidencia estadísticamente significativa de la mediación de la autocompasión en la relación del soporte social y la autocompasión.

## VI. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el rol de moderación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático asociado a la pandemia COVID 19 en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú. Los hallazgos asociados a este objetivo general, así como a los específicos, se discuten a continuación.

Los objetivos específicos 1, 2 y 3 de la presente investigación fueron medir las variables del estudio. De estas mediciones, la que más interesa discutir es la del crecimiento postraumático, debido a que es la variable dependiente del modelo. Al respecto, y como se ha explicado previamente en este informe, existe una controversia en relación a si los adolescentes son capaces o no de experimentar crecimiento postraumático (49), ya que no habrían desarrollado las habilidades de afrontamiento, contarían con los recursos financieros, autonomía y estarían en medio del proceso de formación de identidad, condiciones que interferirían con la capacidad psicológica de crecer después de experiencias adversas.

Los resultados obtenidos muestran que el nivel obtenido en la muestra es de tendencia al nivel alto ( $M=3,20$ ), descripción congruente con los resultados de un estudio previo ( $M=2.87$ ) (8), lo que sugeriría la existencia de esta capacidad en adolescentes. Debido a que en el contexto peruano las mediciones publicadas se han enfocado en el análisis psicométrico y no en las prevalencias (68), las mediciones en este informe son uno de los primeros registros publicados de esta variable en adolescentes en el

contexto de la pandemia. Sin embargo, como se ha señalado en revisiones sistemáticas al respecto (78), para evidenciar la existencia del crecimiento postraumático en adolescentes se requiere evidencia correlacional, que cubra el objetivo específico 5 de la presente investigación.

Respecto del objetivo específico 4 “comparar los niveles de las variables del estudio (autocompasión, crecimiento postraumático y soporte social) según edad y sexo”, se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa en los niveles de crecimiento postraumático según sexo; reportando los participantes de género masculino una mayor percepción. Esto contrasta con un antecedente previo (79), en el cual mujeres reportaron mayores niveles de crecimiento postraumático mediado por el soporte social; sin embargo esta población no era adolescente, y el estudio no se hizo en el contexto de la pandemia de COVID 19. Si bien no se ubican estudios diferenciales por género del crecimiento postraumático durante este contexto, sí se ubica evidencia obtenida que demuestra que las mujeres adolescentes obtuvieron una mayor puntuación en depresión y ansiedad que los varones durante la época de confinamiento (80). Esto sugeriría que, en este contexto específico, y debido a las limitaciones de búsqueda de soporte social por el confinamiento, las mujeres no podrían haber promovido su crecimiento y, por lo tanto, se habrían visto más afectadas que los varones.

Al respecto del objetivo específico 5 “Relacionar los niveles de soporte social y crecimiento postraumático”, se ha encontrado evidencia de la relación entre el soporte social y el crecimiento postraumático, la cual es

fuerte y directa ( $RhO= 0.599$   $p=< .001$ ). Esto confirma lo que una revisión sistemática (103) había mostrado, una asociación positiva media entre dichas variables, lo que sugiere la importancia de incrementar el soporte social en sobrevivientes de trauma, específicamente en los cuidadores. En adolescentes, específicamente, los resultados obtenidos en este informe replican correlaciones de un estudio longitudinal que exploró esta asociación en adolescentes sobrevivientes de un terremoto ( $r =0.30$   $p=< .001$ ), así como un estudio que exploró esta asociación en sobrevivientes de un tornado ( $r =0.47$   $p=< .001$ )(81) De este modo nuestros resultados correlacionales constituyen uno de los primeros registros de esta asociación en Latinoamérica, y de una variable predictora del crecimiento postraumático en adolescentes en el contexto de la COVID 19.

En el objetivo específico 6 se buscó validar un modelo de moderación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático. Puntualmente que, al observar los grupos por niveles de autocompasión, el efecto del soporte social sobre el crecimiento postraumático se modificaría, siendo el grupo con mayor autocompasión (+1SD) el que mayor relación significativa (pendiente) mostraría. Sin embargo, no se encontró evidencia estadísticamente significativa de esta moderación, por lo que no es recomendable clasificar a los adolescentes por grupos según niveles de autocompasión y explicar los efectos del soporte social en los niveles de crecimiento postraumático.

Alternativamente, se decidió validar estadísticamente un modelo de mediación que cubra el objetivo específico 7, y como se ha mostrado en la sección de resultados, se encontró evidencia estadísticamente significativa de su validez. Esto sugiere un camino adicional para impulsar el crecimiento postraumático. El primero sería en forma directa, a través del soporte social, y el segundo, de forma indirecta, a través de la autocompasión. Esto se discute a profundidad en los párrafos siguientes.

Este modelo no se ha validado previamente, así que constituye la primera evidencia que, adicional al efecto directo que se obtiene en el crecimiento postraumático en adolescentes (14,81,82), se registra un camino adicional a través de la autocompasión. Previo a este resultado el modelo más cercano consideraba a la reevaluación cognitiva como mediadora del efecto entre el soporte social y el crecimiento postraumático en adolescentes (15).

Estudios previos han mostrado que la autocompasión puede activar el crecimiento postraumático en adolescentes. Hay evidencia previa de este efecto directo significativo; Munroe y colaboradores (83) sugieren que incrementar los niveles de autocompasión puede motivar a las personas a buscar soporte instrumental o comprometerse en el afrontamiento activo, lo que ayudaría a una positiva reinterpretación de la circunstancia o evento traumático. Así, los tratamientos basados en la autocompasión pueden tener una actividad instrumental en reducir las emociones negativas que emergen después del trauma. Específicamente en adolescentes, se ha replicado esta regresión, obteniendo resultados significativos y sugiriendo

a la autocompasión como un factor de protección asociada a la respuesta psicológica post-trauma (84).

El aporte de la presente investigación radica en señalar un camino alternativo para llegar al crecimiento postraumático desde el soporte social través de la autocompasión. Específicamente, el soporte social explicaría el crecimiento psicológico, después de una circunstancia traumática como los eventos estresantes asociados a la COVID 19, desde el marco de regulación emocional de la compasión (85); a decir que la percepción de soporte de padres de familia, amigos y personas significativas implica un proceso complementario al de reevaluación cognitiva asociada al afrontamiento, que en un antecedente previo (15) obtuvo un camino de regresión alternativo de  $\beta = 0.11$ . El efecto indirecto a través de la autocompasión obtenido en el presente estudio ( $\beta = 0.15$ ) es aún mayor, y este proceso se sostendría en la consciencia de los propios recursos de autocuidado, los cuales tienen a la aceptación y ecuanimidad como base. El soporte activaría estos recursos a través de un proceso que implica el alivio del sufrimiento de los adolescentes, capacidad de autorregulación que promovería su crecimiento postraumático.

Esta sabiduría, la cual está relacionada a la filosofía budista (86), implica no necesariamente un afrontamiento activo que implique la solución de un problema sino el alivio del sufrimiento propio y de los demás, desde el cual se pueda visualizar con aceptación al evento, que cultiva y reactiva esta capacidad intrínseca de todos los seres humanos. Darle al soporte

social la cualidad de un acto compasivo, que implique al que brinda y reciba el soporte, explicaría el crecimiento postraumático en adolescentes.

En base a esta evidencia se recomienda que tanto padres, como amigos y personas significativas puedan proveer soporte social a adolescentes, siguiendo el camino de la compasión, priorizando la presencia (mindfulness) en lugar de la solución del evento estresante o circunstancia traumática, con un lenguaje de bondad sin juicio, y enfatizando que este evento no debe asumirse como algo personal sino como una circunstancia que afecta transversalmente a todos los seres humanos. Esta cualidad compasiva ha mostrado efectividad, por ejemplo, en la parentalidad (87).

Las limitaciones del presente estudio están asociadas a la naturaleza de la muestra y al alcance de la metodología. Con respecto a la primera, no se controló el nivel socioeconómico de los adolescentes. Estudios previos en muestra adulta han considerado y encontrado diferencias significativas según el ingreso económico percibido mensual (88). Considerando que la institución educativa Ingeniería es de tipo particular, podría considerarse a la muestra en un nivel socioeconómico medio, así se sugiere considerar el modelo de mediación desde esta limitación. El segundo aspecto de las limitaciones ha de considerar que la metodología multivariable no evidencia efectos longitudinales, por lo que no se puede monitorizar el efecto de las variables y considerar que el modelo sea estable en el tiempo. Se sugiere esta monitorización para estudios posteriores, así como la implementación de ensayos experimentales. Finalmente, la última limitación se relaciona al carácter retrospectivo de la presente



investigación. La percepción sobre el crecimiento postraumático brindada por la muestra durante la pandemia de COVID 19 aquí descrita ha ocurrido en el pasado, una vez levantadas las medidas de confinamiento para la prevención del contagio. Sugerencias para prevenir el sesgo de este tipo de estudios (89) mencionan partir de grupos conformados por la presencia o ausencia de las características a analizar, en el caso de la presente investigación como se observa en la sección ANEXOS se definió previamente los eventos traumáticos ocurridos durante la pandemia para que los participantes limitaran sus respuestas sobre su crecimiento postraumático percibido; también se sugiere documentar adecuadamente la ocurrencia del desenlace, en el caso de la presente investigación se recolectó información seis meses después del levantamiento de las restricciones, lo que constituye un tiempo breve y apropiado para controlar el sesgo asociado al recuerdo, sobre todo porque la percepción del crecimiento postraumático no aborda el recuerdo en sí del evento, sino la evaluación presente del crecimiento ocurrido en respuesta de dicho evento y su interacción con otras variables latentes percibidas como soporte social y autocompasión.

Se finaliza señalando que la evidencia no significativa de la moderación sugiere no tratar a la autocompasión como una variable para agrupar sino, considerando la evidencia significativa de mediación, tratarla como un rasgo o característica que, independiente de sus niveles, permite llegar al crecimiento postraumático. No enfocarse en si los niveles de

autocompasión son altos o bajos, sino que esta active la relación principal soporte social- crecimiento postraumático.

## **VII. CONCLUSIONES**

La moderación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático asociado a la pandemia de COVID 19 en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú, no es estadísticamente significativa.

Alternativamente, la mediación de la autocompasión en la relación del soporte social y el crecimiento postraumático asociado a la pandemia de COVID 19 en adolescentes de la institución educativa “Ingeniería” en Huancayo, Perú, es estadísticamente significativa.

Este último resultado permite sugerir acciones prácticas para brindar al soporte social de adolescentes, de tal forma que active la compasión, y promueva su crecimiento postraumático.

## REFERENCIAS

1. Jester N, Kang P. COVID-19 pandemic: Is teenagers' health in crisis? An investigation into the effects of COVID-19 on self-reported mental and physical health of teenagers in secondary education. *Public Health Pract Oxf Engl*. noviembre de 2021;2:100099.
2. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 3 de marzo de 2021;18(5):2470.
3. Pizarro-Ruiz JP, Ordóñez-Cambolor N. Effects of Covid-19 confinement on the mental health of children and adolescents in Spain. *Sci Rep*. 3 de junio de 2021;11(1):11713.
4. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. julio de 1996;9(3):455-71.
5. Sun W, Chen WT, Zhang Q, Ma S, Huang F, Zhang L, et al. Post-traumatic Growth Experiences among COVID-19 Confirmed Cases in China: A Qualitative Study. *Clin Nurs Res*. septiembre de 2021;30(7):1079-87.
6. Yan S, Yang J, Ye M, Chen S, Xie C, Huang J, et al. Post-traumatic Growth and Related Influencing Factors in Discharged COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol [Internet]*. 2021 [citado 23 de enero de 2024];12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8189317/>
7. Zhai HK, Li Q, Hu YX, Cui YX, Wei XW, Zhou X. Emotional Creativity Improves Posttraumatic Growth and Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol [Internet]*. 2021 [citado 23 de enero de 2024];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.600798>
8. An Y, Ding X, Fu F. Personality and Post-traumatic Growth of Adolescents 42 Months after the Wenchuan Earthquake: A Mediated Model. *Front Psychol [Internet]*. 2017 [citado 23 de enero de 2024];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.02152>
9. Kristo E. Post-Traumatic Growth among High School during the COVID-19 Pandemic: A Survey Study. *Creat Educ*. 1 de enero de 2021;12:1600-7.
10. Zhen R, Zhou X. Latent Patterns of Posttraumatic Stress Symptoms, Depression, and Posttraumatic Growth Among Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *J Trauma Stress*. febrero de 2022;35(1):197-209.
11. Stallard P, Pereira AI, Barros L. Post-traumatic growth during the COVID-19 pandemic in carers of children in Portugal and the UK: cross-sectional online survey. *BJPsych Open*. 20 de enero de 2021;7(1):e37.
12. Wang Y, Chung MC, Wang N, Yu X, Kenardy J. Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*. abril de 2021;85:101998.

13. Zhou X, Wu X, An Y, Chen H, Long C. Social support mediate the associations between gratitude and post-traumatic growth in middle school students at three years after Wenchuan earthquake. *Psychol Dev Educ.* 1 de enero de 2014;30:68-74.
14. Jia X, Liu X, Ying L, Lin C. Longitudinal Relationships between Social Support and Posttraumatic Growth among Adolescent Survivors of the Wenchuan Earthquake. *Front Psychol* [Internet]. 2017 [citado 23 de enero de 2024];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01275>
15. Zhou X, Wu X, Zhen R. Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* marzo de 2017;9(2):214-21.
16. Cosley BJ, McCoy SK, Saslow LR, Epel ES. Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *J Exp Soc Psychol.* 1 de septiembre de 2010;46(5):816-23.
17. Liu A, Wang W, Wu X. Self-compassion and posttraumatic growth mediate the relations between social support, prosocial behavior, and antisocial behavior among adolescents after the Ya'an earthquake. *Eur J Psychotraumatology.* 11 de febrero de 2021;12(1):1864949.
18. Wong CCY, Yeung NCY. Self-compassion and posttraumatic growth: Cognitive processes as mediators. *Mindfulness.* 2017;8(4):1078-87.
19. Avilés Maldonado P, Cova Solar F, Bustos C, García FE. Afrontamiento y rumiación frente a eventos adversos y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. *Liberabit.* julio de 2014;20(2):281-92.
20. Reynoso Barron NX. Cansancio emocional y autocompasión: implicancias en la satisfacción con la vida en estudiantes de derecho de una universidad privada de Lima Metropolitana. 24 de febrero de 2020 [citado 23 de enero de 2024]; Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/15986>
21. Salcedo Garcés KV. Crecimiento postraumático y soporte social en padres de niños hospitalizados por quemaduras. 13 de mayo de 2019 [citado 23 de enero de 2024]; Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/20.500.12404/14189>
22. Hirani S, Ojukwu E, Bandara NA. Understanding the Role of Prosocial Behavior in Youth Mental Health: Findings from a Scoping Review. *Adolescents.* septiembre de 2022;2(3):358-80.
23. Cobo-Rendón R, López-Angulo Y, Pérez-Villalobos MV, Díaz-Mujica A. Perceived Social Support and Its Effects on Changes in the Affective and Eudaimonic Well-Being of Chilean University Students. *Front Psychol.* 2020;11:590513.
24. Yıldırım M, Tanrıverdi FÇ. Social Support, Resilience and Subjective Well-being in College Students. *J Posit Sch Psychol.* 24 de diciembre de 2021;5(2):127-35.

25. Tomás JM, Gutiérrez M, Pastor AM, Sancho P. Perceived Social Support, School Adaptation and Adolescents' Subjective Well-Being. *Child Indic Res.* 1 de octubre de 2020;13(5):1597-617.
26. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41.
27. Alsubaie MM, Stain HJ, Webster LAD, Wadman R. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *Int J Adolesc Youth.* 2 de octubre de 2019;24(4):484-96.
28. Neff KD. Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annu Rev Psychol.* 2023;74(1):193-218.
29. Gilbert P. Explorations into the nature and function of compassion. *Curr Opin Psychol.* 1 de agosto de 2019;28:108-14.
30. Scheffer JA, Cameron CD, Inzlicht M. Caring is costly: People avoid the cognitive work of compassion. *J Exp Psychol Gen.* enero de 2022;151(1):172-96.
31. Gilbert P, Van Gordon W. Compassion as a Skill: A Comparison of Contemplative and Evolution-Based Approaches. *Mindfulness.* 1 de octubre de 2023;14(10):2395-416.
32. Matos M, McEwan K, Kanovský M, Halamová J, Steindl SR, Ferreira N, et al. Improvements in Compassion and Fears of Compassion throughout the COVID-19 Pandemic: A Multinational Study. *Int J Environ Res Public Health.* 19 de enero de 2023;20(3):1845.
33. Zeigler-Hill V, Vonk J. Narcissism and Self-Esteem Revisited : The Mediating Roles of Perceived Status and Inclusion. *Identity.* 2 de enero de 2023;23(1):4-17.
34. Muris P, Otgaar H. Self-Esteem and Self-Compassion: A Narrative Review and Meta-Analysis on Their Links to Psychological Problems and Well-Being. *Psychol Res Behav Manag.* 3 de agosto de 2023;16:2961-75.
35. NEFF KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity.* 1 de julio de 2003;2(3):223-50.
36. Neff K, Seppälä EM. Compassion, Well-Being, and the Hypo-egoic Self. En: Brown KW, Leary MR, editores. *The Oxford Handbook of Hypo-egoic Phenomena* [Internet]. Oxford University Press; 2016 [citado 23 de enero de 2024]. p. 0. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199328079.013.13>
37. Tang WK. Resilience and Self-Compassion Related with Achievement Emotions, Test Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Academic Achievement. *Psychol Stud.* 1 de marzo de 2019;64(1):92-102.
38. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers.* febrero de 2009;77(1):23-50.

39. Jefferson FA, Shires A, McAloon J. Parenting Self-compassion: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*. 1 de septiembre de 2020;11(9):2067-88.
40. Marsh IC, Chan SWY, MacBeth A. Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis. *Mindfulness*. 2018;9(4):1011-27.
41. Klingle KE, Van Vliet KJ. Self-compassion from the adolescent perspective: A qualitative study. *J Adolesc Res*. 2019;34(3):323-46.
42. Boelen PA, Olff M, Smid GE. Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *Eur J Psychotraumatology*. 10(1):1591331.
43. Shusterman GR, Fluke JD, Nunez JJ, Fettig NB, Kebede BK. Child maltreatment reporting during the initial weeks of COVID-19 in the US: Findings from NCANDS. *Child Abuse Negl*. 1 de diciembre de 2022;134:105929.
44. Fung HW, Chien WT, Lam SKK, Ross CA. Investigating post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among people with self-reported depressive symptoms. *Front Psychiatry [Internet]*. 2022 [citado 24 de enero de 2024];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.953001>
45. Lowe SR, Ratanatharathorn A, Lai BS, van der Mei W, Barbano AC, Bryant RA, et al. Posttraumatic Stress Disorder Symptom Trajectories Within the First Year Following Emergency Department Admissions: Pooled Results from the International Consortium to Predict PTSD. *Psychol Med*. mayo de 2021;51(7):1129-39.
46. Li M, Lindenmuth M, Tarnai K, Lee J, King-Casas B, Kim-Spoon J, et al. Development of cognitive control during adolescence: The integrative effects of family socioeconomic status and parenting behaviors. *Dev Cogn Neurosci*. 1 de octubre de 2022;57:101139.
47. Steinberg L, Dahl R, Keating D, Kupfer DJ, Masten AS, Pine DS. The Study of Developmental Psychopathology in Adolescence: Integrating Affective Neuroscience with the Study of Context. En: *Developmental Psychopathology [Internet]*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [citado 23 de enero de 2024]. p. 710-41. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470939390.ch18>
48. Murty V, Calabro F, Luna B. The Role of Experience in Adolescent Cognitive Development: Integration of Executive, Memory, and Mesolimbic Systems. *Neurosci Biobehav Rev*. noviembre de 2016;70:46-58.
49. Kou WJ, Wang XQ, Li Y, Ren XH, Sun JR, Lei SY, et al. Research trends of posttraumatic growth from 1996 to 2020: A bibliometric analysis based on Web of Science and CiteSpace. *J Affect Disord Rep*. 1 de enero de 2021;3:100052.
50. Elam T, Taku K. Differences Between Posttraumatic Growth and Resiliency: Their Distinctive Relationships With Empathy and Emotion Recognition Ability. *Front Psychol*. 2022;13:825161.

51. Nakagawa S, Sugiura M, Sekiguchi A, Kotozaki Y, Miyauchi CM, Hanawa S, et al. Effects of post-traumatic growth on the dorsolateral prefrontal cortex after a disaster. *Sci Rep.* 27 de septiembre de 2016;6(1):34364.
52. Park CL, Riley KE, Snyder LB. Meaning making coping, making sense, and post-traumatic growth following the 9/11 terrorist attacks. *J Posit Psychol.* 2012;7(3):198-207.
53. Lau JTF, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect.* agosto de 2006;53(2):114-24.
54. First J, First N, Stevens J, Mieseler V, Houston JB. Post-traumatic growth 2.5 years after the 2011 Joplin, Missouri tornado. *J Fam Soc Work.* 1 de enero de 2018;21(1):5-21.
55. Lau BHP, Chan CLW, Ng SM. Post-traumatic Growth in the First COVID Outbreak in Hong Kong. *Front Psychol [Internet].* 2021 [citado 23 de enero de 2024];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.675132>
56. Cui PP, Wang PP, Wang K, Ping Z, Wang P, Chen C. Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19. *Occup Environ Med.* febrero de 2021;78(2):129-35.
57. Wu X, Zheng S, Huang J, Zheng Z, Xu M, Zhou Y. Contingency Nursing Management in Designated Hospitals During COVID-19 Outbreak. *Ann Glob Health.* 86(1):70.
58. Chen Y, Zhu Z, Lei F, Lei S, Chen J. Prevalence and Risk Factors of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Students Aged 8-18 in Wuhan, China 6 Months After the Control of COVID-19. *Front Psychol.* 2021;12:740575.
59. Selçuk EB, Demir AÇ, Erbay LG, Özcan ÖÖ, Gürer H, Dönmez YE. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents during the COVID-19 outbreak and associated factors. *Int J Clin Pract.* noviembre de 2021;75(11):e14880.
60. Xiao S, Luo D, Xiao Y. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. *Glob Health Res Policy.* 2020;5:29.
61. Tomaszek K, Muchacka-Cymerman A. Thinking about My Existence during COVID-19, I Feel Anxiety and Awe-The Mediating Role of Existential Anxiety and Life Satisfaction on the Relationship between PTSD Symptoms and Post-Traumatic Growth. *Int J Environ Res Public Health.* 27 de septiembre de 2020;17(19):7062.
62. Hamam AA, Milo S, Mor I, Shaked E, Eliav AS, Lahav Y. Peritraumatic reactions during the COVID-19 pandemic - The contribution of posttraumatic growth attributed to prior trauma. *J Psychiatr Res.* enero de 2021;132:23-31.
63. Tamayo Tamayo M. El proceso de la investigación científica. En: *El proceso de la investigación científica [Internet].* 1996 [citado 23 de enero de 2024]. p. 231-231. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-179950>



64. Closas AH, Arriola EA, Kuc CI, Amarilla MR, Jovanovich EC. Análisis multivariante, conceptos y aplicaciones en Psicología Educativa y Psicometría. 2013;
65. Ramírez T. Cómo hacer un proyecto de investigación. 1999 [citado 23 de enero de 2024]; Disponible en: <https://scholar.google.com/scholar?cluster=11539293063850697544&hl=en&oi=scholar>
66. Weiss T, Berger R. Reliability and Validity of a Spanish Version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Res Soc Work Pract*. 2006;16(2):191-9.
67. Cryder CH, Kilmer RP, Tedeschi RG, Calhoun LG. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *Am J Orthopsychiatry*. enero de 2006;76(1):65-9.
68. Ramos-Vera C, Ramírez Y, Rojas E, Serpa-Barrientos A, García F. Evidencias psicométricas mediante SEM y análisis de red del "Inventario de crecimiento postraumático" en adolescentes peruanos. *Behav Psychol Conduct*. 1 de septiembre de 2021;29(2):417-36.
69. Madkor ORE, Elsorady KE, Abdelhady DH, AbdulJawad P, Gabry DAE. COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory (C-19LAI): development, reliability, and validity study on Egyptian population. *Middle East Curr Psychiatry Ain Shams Univ [Internet]*. 2021 [citado 23 de enero de 2024];28(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8016502/>
70. Garcia-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marin J, López-Artal L, Demarzo MMP. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*. 10 de enero de 2014;12:4.
71. Ardela-Cabrera C, Olivas-Ugarte L. Escala de autocompasión (SCS): evidencias psicométricas iniciales en adolescentes de Lima. 12 de abril de 2020;8:77-95.
72. Huerta Rosales RE, Santivañez Olulo RW, Ramos J, Vega J, Pastor S, Escudero J. Salud mental y apoyo social percibido en escolares de cuarto grado de secundaria de Instituciones Educativas públicas de Lima Metropolitana. *Rev Investig En Psicol*. 2019;22(2):233-50.
73. Ortiz Morán MM. Validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido en adolescentes. 2020 [citado 23 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/10057>
74. Durán P. Los datos perdidos en estudios de investigación ¿Son realmente datos perdidos? En 2005 [citado 23 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Los-datos-perdidos-en-estudios-de-investigaci%C3%B3n-Dur%C3%A1n/ea1a7f3a127daf32de694dd86a605e3a3f43d51c>
75. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna: [revisión]. *Rev Salud Pública*. 2008;831-9.

76. Preacher KJ, Hayes AF. Contemporary Approaches to Assessing Mediation in Communication Research. En: *The SAGE Sourcebook of Advanced Data Analysis Methods for Communication Research* [Internet]. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: Sage Publications, Inc.; 2008 [citado 23 de enero de 2024]. p. 13-54. Disponible en: <https://methods.sagepub.com/book/sage-srcbk-adv-data-analysis-methods-comm-research/n2.xml>
77. Crane S, Broome ME. Understanding Ethical Issues of Research Participation From the Perspective of Participating Children and Adolescents: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs*. junio de 2017;14(3):200-9.
78. Harmon J, Venta A. Adolescent Posttraumatic Growth: A Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. agosto de 2021;52(4):596-608.
79. Swickert R, Hittner J. Social support coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *J Health Psychol*. abril de 2009;14(3):387-93.
80. Jolliff A, Zhao Q, Eickhoff J, Moreno M. Depression, Anxiety, and Daily Activity Among Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *JMIR Form Res*. 2 de diciembre de 2021;5(12):e30702.
81. Yuan G, Xu W, Liu Z, An Y. Resilience, Posttraumatic Stress Symptoms, and Posttraumatic Growth in Chinese Adolescents After a Tornado: The Role of Mediation Through Perceived Social Support. *J Nerv Ment Dis*. febrero de 2018;206(2):130-5.
82. Ning J, Tang X, Shi H, Yao D, Zhao Z, Li J. Social support and posttraumatic growth: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 1 de enero de 2023;320:117-32.
83. Munroe M, Al-Refae M, Chan HW, Ferrari M. Using self-compassion to grow in the face of trauma: The role of positive reframing and problem-focused coping strategies. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. abril de 2022;14(S1):S157-64.
84. Liu A, Xu B, Liu M, Wang W, Wu X. The reciprocal relations among self-compassion, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among adolescents after the Jiuzhaigou earthquake: a three-wave cross-lagged study. *J Ment Health Abingdon Engl*. junio de 2023;32(3):634-42.
85. Gilbert P. Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [citado 23 de enero de 2024];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.586161>
86. Ho SS, Nakamura Y, Swain JE. Compassion As an Intervention to Attune to Universal Suffering of Self and Others in Conflicts: A Translational Framework. *Front Psychol* [Internet]. 2021 [citado 24 de enero de 2024];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.603385>
87. Zhao M, Ford T, Wang P, Karl A. The role of parenting, self-compassion and friendships in depressive symptoms among young people in the UK and China. *Curr Psychol*. 1 de mayo de 2023;42(14):12007-22.

88. Jeon GS, Park SY, Bernstein KS. Socio-demographic and Psychological Correlates of Posttraumatic Growth among Korean Americans with a History of Traumatic Life Experiences. Arch Psychiatr Nurs. junio de 2017;31(3):256-62.
89. Martínez LAC, Hernández MF. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica About the retrospective or prospective character in scientific research. Medisur. 2021:19(2)

## ANEXOS

## **INSTRUMENTOS**

## Lista de eventos estresantes asociados a la pandemia COVID 19

Sección adaptada para la presente investigación desde Madkor (75)

A continuación, encontrarás una lista de **crisis o eventos estresante asociados a la pandemia COVID 19**, léela con atención. Es probable que alguno o más de uno de estos eventos te haya sucedido.

EVENTOS
1- Haber sido diagnosticado(a) con coronavirus
2- Haber experimentado que un miembro de tu familia fuera diagnosticado con coronavirus
3- Haber experimentado la muerte de un familiar o amigo debido al coronavirus
4- Haber experimentado cansancio debido a las medidas de precaución del contagio (por ejemplo, uso de mascarillas, desinfección, etc.)
5- Haber experimentado problemas económicos en casa debido a la pandemia
6- Haber experimentado peleas o conflictos con mis familiares durante el aislamiento
7- Haber experimentado problemas académicos debido a la educación online
8- Haberme sentido solo / sola debido al aislamiento
9- Haber sentido miedo de interactuar con otros (debido al contagio)
10- Haber experimentado el divorcio o separación de mis padres durante la pandemia

**Después de haber leído esta lista te solicitamos que rellenes el cuestionario de la siguiente hoja.**

### **Inventario de Crecimiento postraumático**

Tedeschi y Calhoun, (4)

Versión peruana de Ramos-Vera, Ramírez, Rojas, Serpa-Barrientos y García, (91)

Después de cada oración, indique en qué medida este cambio en su vida es resultado de las **crisis o eventos estresante asociados a la pandemia COVID 19** que pudo leer en la lista de la hoja anterior. Utilice la siguiente escala:

0= No experimenté este cambio como resultado de esos eventos

1= Experimenté este cambio en mínima medida como resultado de esos eventos

2= Experimenté este cambio en pequeña medida como resultado de esos eventos

3= Experimenté este cambio de manera moderada como resultado de esos eventos

4= Experimenté este cambio en gran medida como resultado de esos eventos

5= Experimenté este cambio en muy gran medida como resultado de esos eventos

1- Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida	0	1	2	3	4	5
2- Tengo un mayor aprecio por el valor de mi propia vida	0	1	2	3	4	5
3- Siento mayor aprecio por cada día de mi vida	0	1	2	3	4	5
4- Sé que puedo enfrentar dificultades	0	1	2	3	4	5
5- Me siento más autosuficiente	0	1	2	3	4	5
6- Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba	0	1	2	3	4	5
7- Me siento más capacitado(a) para aceptar las cosas como vengan	0	1	2	3	4	5
8- Estoy capacitado para mejorar mi vida	0	1	2	3	4	5
9- Me abrí un nuevo camino en mi vida	0	1	2	3	4	5
10- Tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan ser cambiadas	0	1	2	3	4	5
11- Se me han presentado nuevas oportunidades que no se me hubiesen presentado de otra forma	0	1	2	3	4	5
12- He desarrollado nuevos intereses	0	1	2	3	4	5
13- Puedo expresar mis emociones con mayor facilidad	0	1	2	3	4	5
14- Me siento más cercana/o a otras personas	0	1	2	3	4	5

15- Siento más compasión hacia los demás	0	1	2	3	4	5
16- Me esfuerzo más en mis relaciones personales	0	1	2	3	4	5
17- Se me hace más fácil aceptar que necesito de los demás	0	1	2	3	4	5
18- Aprendí que la gente es maravillosa	0	1	2	3	4	5
19- Veo más claramente que cuento con otras personas en tiempos difíciles	0	1	2	3	4	5
20- Tengo más fe en mi religión	0	1	2	3	4	5
21- Tengo un mejor entendimiento sobre cosas espirituales	0	1	2	3	4	5



## Escala de Autocompasión

Neff (35)

(validación en adolescentes peruanos por Ardela-Cabrera & Olivas-Ugarte (71))

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES? Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre

1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos	1	2	3	4	5
2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.	1	2	3	4	5
3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir	1	2	3	4	5
4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo	1	2	3	4	5
5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional.	1	2	3	4	5
6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo	1	2	3	4	5
8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4	5
9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad	1	2	3	4	5
11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan	1	2	3	4	5
12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.	1	2	3	4	5
13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.	1	2	3	4	5
14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación	1	2	3	4	5
15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana	1	2	3	4	5

16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.	1	2	3	4	5
17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.	1	2	3	4	5
18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.	1	2	3	4	5
19. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento	1	2	3	4	5
20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.	1	2	3	4	5
21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.	1	2	3	4	5
23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades	1	2	3	4	5
24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.	1	2	3	4	5
25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.	1	2	3	4	5
26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.	1	2	3	4	5

## Escala multidimensional de apoyo social percibido

Zimet, Zimet & Farley (26)

Explorada en adolescentes de Lima metropolitana por Huerta et al (72)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Hay una persona especial que está junto a mí cuando la necesito	1	2	3	4	5	6	7
2. Hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías y mis penas	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia intenta de verdad ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. De mi familia tengo la ayuda emocional y el apoyo que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos intentan de verdad ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir mis alegrías y mis penas	1	2	3	4	5	6	7
10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7

## Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PADRE, MADRE O APODERADO DEL PARTICIPANTE

#### **Propósito del estudio:**

Estamos invitando a su hijo(a) a participar en un estudio donde se evaluará el soporte social y la autocompasión como factores asociados al crecimiento postraumático después de la pandemia COVID 19 . Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el marco del trabajo de grado de Magíster.

El crecimiento postraumático refleja en las personas el desarrollo en diversas dimensiones en respuesta a un evento estresante, demostrando que los seres humanos tienen la capacidad de fortalecerse antes y después de la adversidad. En el caso específico de esta investigación evaluaremos esta variable en adolescentes de 12 a 17 años con el fin de comprender al soporte social y a la autocompasión como factores asociados al crecimiento frente a los estresores asociados a la pandemia COVID 19.

Específicamente, queremos obtener evidencia de que los niveles de autocompasión en los adolescentes moderan, es decir, potencian, la relación entre el soporte social (amigos, familia u otras personas especiales) y el crecimiento postraumático.

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta que su hijo(a) participe y su hijo decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente (*enumerar los procedimientos del estudio*):

1. Se le entregará un formulario de evaluación (todos los participantes recibirán el mismo) cuya duración será de 30 a 40 minutos.
2. Se le guiará en dudas o consultas que pueda surgirle durante este proceso de evaluación
3. Al finalizar la evaluación, se brindará a todos los alumnos una breve información sobre la importancia de desarrollar autocompasión en la vida para afrontar y crecer a través de momentos difíciles.

#### **Riesgos:**

Es importante que usted sepa que el presente proceso de evaluación no conlleva riesgo alguno para su hijo(a). Las preguntas solo provocan la reflexión personal, proceso libre de todo riesgo. Usted tiene, adjunto a este consentimiento, las preguntas que su hijo(a) responderá para que pueda corroborar la naturaleza de estas preguntas.

#### **Beneficios:**

El beneficio para el participante será recibir psicoeducación sobre la importancia de la autocompasión, para hacerle frente a las circunstancias difíciles de la vida. Así como algunos puntos clave para comenzar su desarrollo. El beneficio para la institución, consiste en que esta evaluación permitirá resultados generales que justificarán la implementación de un programa de autocompasión para adolescentes,

desde el cual los estudiantes que tengan la motivación de fortalecer sus relaciones y soporte social, a través de la autocompasión, podrán beneficiarse.

### **Costos y compensación**

No deberá pagar nada por la participación de su hijo(a) en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

### **Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información de su hijo(a) con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de su hijo(a) o de otros participantes del estudio.

### **Uso futuro de la información obtenida**

Los formularios físicos, donde solo se consigna un código, servirán para la elaboración de una base de datos general. Posteriormente serán almacenados hasta que se culminé el proceso de sustentación de la tesis de grado, después de unos meses se desechará.

### **Derechos del participante:**

Si usted decide que su hijo(a) participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento sin que esto implique multa o pérdida de beneficios, Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame al Psicólogo Giancarlo Magro, investigador principal de este estudio, al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que su hijo(a) ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

### **DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio, comprendo de las actividades en las que participará si ingresa al estudio, también entiendo que mi hijo(a) puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto aplique una multa o pérdida de beneficios

---

**Nombres y Apellidos**  
**Padre/madre/tutor**

---

**Firma**

---

**Fecha y hora**

---

**Nombres y apellidos**  
**Testigo (si el**  
**participante es**  
**analfabeto**

---

**Firma**

---

**Fecha y hora**

---

**Nombres y apellidos**  
**investigador**

---

**Firma**

---

**Fecha y hora**

## **Asentimiento informado**

### **Propósito del estudio:**

Te invitamos a participar en un estudio donde se evaluará el soporte social y la autocompasión como factores asociados al crecimiento postraumático después de la pandemia COVID 19. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el marco del trabajo de grado de Magíster.

El crecimiento postraumático refleja en las personas el desarrollo en diversas dimensiones en respuesta a un evento estresante, demostrando que los seres humanos tienen la capacidad de fortalecerse antes y después de la adversidad. En el caso específico de esta investigación evaluaremos esta variable en adolescentes de 12 a 17 años con el fin de comprender al soporte social y a la autocompasión como factores asociados al crecimiento frente a los estresores asociados a la pandemia COVID 19.

Específicamente, queremos obtener evidencia de que los niveles de autocompasión en los adolescentes moderan, es decir, potencian, la relación entre el soporte social (amigos, familia u otras personas especiales) y el crecimiento postraumático.

### **Procedimientos:**

Si decides participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se te entregará un formulario de evaluación (todos los participantes recibirán el mismo) cuya duración será de 30 a 40 minutos.
2. Se te guiará en dudas o consultas que pueda surgirle durante este proceso de evaluación.
3. Al finalizar la evaluación, se brindará a todos los alumnos una breve información sobre la importancia de desarrollar autocompasión en la vida para afrontar y crecer a través de momentos difíciles.

### **Riesgos:**

Es importante que sepas que el presente proceso de evaluación no conlleva riesgo alguno para ti. Las preguntas solo provocan la reflexión personal, proceso libre de todo riesgo.

### **Beneficios:**

Te beneficiarás recibiendo psicoeducación sobre la importancia de la autocompasión, para hacerle frente a las circunstancias difíciles de tu vida. Así como algunos puntos clave para comenzar su desarrollo. El beneficio para la institución, consiste en que esta evaluación permitirá resultados generales que justificarán la implementación de un programa de autocompasión para adolescentes, desde el cual los estudiantes que tengan la motivación de fortalecer sus relaciones y soporte social, a través de la autocompasión, podrán beneficiarse.

### **Costos y compensación**

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos tu información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

**Uso futuro de la información obtenida (sección aplicable también para almacenamiento de muestras biológicas)**

Los formularios físicos, donde solo se consigna un código, servirán para la elaboración de una base de datos general. Posteriormente serán almacenados hasta que se culminé el proceso de sustentación de la tesis de grado, después de unos meses se desechará

**Derechos del participante:**

Si decides participar en el estudio, puedes retirarte de éste en cualquier momento. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunta al personal del estudio o llama al Psicólogo Giancarlo Magro, investigador principal de este estudio, al teléfono [REDACTED].

Si tienes preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o crees que has sido tratado injustamente puedes contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [orvei.ciei@oficinas-upch.pe](mailto:orvei.ciei@oficinas-upch.pe)

Asimismo, puedes ingresar a este enlace para comunicarte con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>

**Una copia de este consentimiento informado le será entregada.**

**DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin que esto implique multa o pérdida de beneficios

<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha y hora</b>
participante		



---

**Nombres y Apellidos**

**Testigo (si el  
participante es  
analfabeto**

---

**Firma**

---

**Fecha y hora**

---

**Nombres y apellidos  
investigador**

---

**Firma**

---

**Fecha y hora**