

Adaptación del Inventario de Crecimiento Postraumático en personas con VIH de Buenos Aires, Argentina

Pablo D. Radusky¹ e Isabel M. Mikulic²

RESUMEN


El crecimiento postraumático (CPT) involucra cambios psicológicos positivos resultantes de enfrentarse con circunstancias altamente desafiantes. El Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) es el instrumento más difundido para su medición. Una proporción considerable de las personas con VIH experimenta algún grado de CPT como consecuencia del diagnóstico, lo que se asocia a una mejor salud mental y física. El objetivo fue adaptar el ICPT para su uso en personas con VIH del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina. Una versión preliminar, lingüística y conceptualmente equivalente a la original fue administrada a una muestra de 100 personas con VIH adultas del AMBA. El análisis factorial confirmatorio demostró que el modelo original de cinco dimensiones es el que muestra un mejor ajuste. De manera consistente con la evidencia internacional, las participantes de género femenino exhibieron puntuaciones significativamente más elevadas de CPT, lo que puede interpretarse como evidencia externa de validez. Se verificó la confiabilidad por consistencia interna de la escala y sus dimensiones mediante los coeficientes alfa y omega ordinal, obteniendo valores entre aceptables y excelentes. Esta versión del ICPT demostró adecuadas propiedades psicométricas y ajuste cultural para su uso en personas con VIH del AMBA.


Palabras clave: crecimiento postraumático, VIH, propiedades psicométricas, Argentina, adaptación

Adaptation of the Posttraumatic Growth Inventory in people with HIV from Buenos Aires, Argentina

ABSTRACT

Posttraumatic growth (PTG) involves positive psychological changes resulting from coping with highly challenging circumstances. The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) is the most widespread instrument for its measurement. A substantial proportion of people with HIV experience some degree of PTG as a result of their diagnosis, which is associated with better mental and physical health. The objective was to adapt the PTGI for its use in people with HIV in the Metropolitan Area of Buenos Aires (MABA), Argentina. A preliminary version, linguistically and conceptually equivalent to the original one, was administered to a sample of 100 adults living with HIV from the MABA. According to the confirmatory factor analysis, the original model of five dimensions showed a better fit. Consistently with international evidence, female participants exhibited significantly higher PTG scores, which can be interpreted as external evidence of validity. Reliability and internal consistency of the scale and its dimensions were verified through the ordinal alpha and omega coefficients, obtaining acceptable and excellent values. This version of the PTGI demonstrated

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Dirección de Investigaciones, Fundación Huésped, Argentina; pablo.radusky@huesped.org.ar;  <http://orcid.org/0000-0001-8969-6988>

² Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina; mikulic@psi.uba.ar;  <http://orcid.org/0000-0002-5328-2270>

acceptable psychometric properties and cultural adequacy for its use in people with HIV from the MABA.

Keywords: posttraumatic growth, HIV, psychometric properties, Argentina, adaptation

En Argentina se notifican, en promedio, 5300 nuevos casos de VIH por año (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). La investigación acerca del impacto de un diagnóstico de VIH en la salud mental ha puesto en evidencia sus consecuencias emocionales adversas, caracterizándolo como un evento altamente estresante, que puede ser, incluso, potencialmente traumático (Finkelstein-Fox et al., 2020; Martin & Kagee, 2011; Radusky & Mikulic, 2018). Efectivamente, el período inmediatamente posterior a la recepción de un diagnóstico de VIH se caracteriza por el incremento de síntomas de malestar emocional, como depresión y ansiedad (Garrido-Hernanzaiz & Alonso-Tapia, 2020; Tran et al., 2019). No obstante, las personas con VIH también refieren experimentar cambios positivos que resultan de los esfuerzos por afrontar adaptativamente el diagnóstico y otras experiencias negativas relacionadas con el VIH, como estigma y discriminación (Finkelstein-Fox et al., 2019; Radusky et al., 2022).

La experimentación de cambios psicológicos positivos que resultan de enfrentarse y lidiar con circunstancias de vida altamente desafiantes ha sido conceptualizada por Tedeschi y Calhoun (1996, 2004) como crecimiento postraumático (CPT). Estos autores agrupan tales cambios en tres dominios: en la percepción de sí mismo, en la relación con otras personas y en la filosofía de vida. Estos cambios no son resultado directo del evento traumático, sino de los esfuerzos por afrontarlo. Además, el CPT es más que la habilidad para resistir o evitar el daño frente a circunstancias altamente adversas o estresantes, o para adaptarse y volver a un estado pre-traumático: implica el desarrollo o mejora de áreas de la vida de los sujetos que incluso supera los niveles existentes antes de la crisis o evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Un creciente cúmulo de evidencia muestra que una proporción significativa de las personas con VIH experimenta algún grado de CPT como consecuencia del diagnóstico (Garrido-Hernanzaiz et al., 2017; Murphy & Hevey, 2013) y que este está asociado a un incremento de la salud mental y a mejor salud física (Sawyer et al., 2010). Más precisamente, mayor CPT es predictor de menor cantidad de síntomas depresivos y ansiosos y menor uso de alcohol y sustancias en personas con VIH, especialmente, en mujeres (Milam, 2004, 2006; Rzeszutek et al., 2016; Willie et al., 2016). Consistentemente, otros autores reportan un incremento en la realización de conductas saludables en aquellas personas con VIH que exhibían mayores niveles de CPT, incluyendo modificaciones positivas en los hábitos alimentarios, relaciones sexuales más seguras y protegidas y cese del consumo de tabaco y otras sustancias (Pięta & Rzeszutek, 2022; Siegel & Schrimshaw, 2000). Respecto de los indicadores de salud específicos del VIH, el CPT también se halló asociado a un aumento en la cantidad de células CD4 y a reducción en la carga viral (Pięta & Rzeszutek, 2022). Además, se aprecian diferencias por género en esta población: las mujeres viviendo con VIH exhiben niveles de CPT significativamente mayores que los hombres (Kamen et al., 2016; Rzeszutek et al., 2016). Esta diferencia resulta consistente con una parte sustancial de la evidencia disponible sobre el

CPT y se sostiene a través de distintos contextos y experiencias traumáticas (Tedeschi & Calhoun, 1996; Vishnevsky et al., 2010).

Uno de los instrumentos más ampliamente empleados a nivel internacional para evaluar los niveles de CPT es el Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT, Tedeschi & Calhoun, 1996). El ICPT ha sido desarrollado inicialmente con el objetivo de medir el grado en que los sobrevivientes de eventos traumáticos (e.g., pérdida de personas significativas, accidentes, separación, entre otros) perciben los beneficios personales derivados de sus intentos de afrontar el trauma y sus consecuencias (Tedeschi & Calhoun, 1996). Con el tiempo, ha sido empleado para evaluar el CPT ante una amplia gama de eventos traumáticos, entre los que se incluyen: enfermedad propia o de un familiar (Dubuy et al., 2022; Gómez-Acosta et al., 2022; Rodríguez-Rey et al., 2016), pérdida de un familiar (Xu et al., 2021), terremoto o desastre natural (Arias et al., 2017; Aslam & Kamal, 2019; Mesidor & Whaley, 2021), y experiencias de violencia y abuso (Pajón et al., 2020; Sicilia et al., 2022). En particular, investigaciones previas realizadas en otros contextos culturales ya han utilizado este inventario como medida del CPT en personas con VIH, en relación con el diagnóstico y con otros eventos adversos que estas personas atraviesan (Garrido-Hernansaiz et al., 2017).

El ICPT ha sido traducido y adaptado para su aplicación en variados contextos socioculturales (Amiri et al., 2020; Dubuy et al., 2022; Mesidor & Whaley, 2021; Xu et al., 2021), incluyendo versiones en castellano y portugués para su uso en América Latina y España (tabla 1). Estas múltiples versiones han arribado a estructuras factoriales diversas. Algunas reproducen la estructura de cinco factores del instrumento original (Mesidor & Whaley, 2021; Sicilia et al., 2022). En cambio, otros estudios han mostrado soluciones factoriales distintas a la original, de cuatro factores (Garrido-Hernansaiz et al., 2022), tres factores (Xu et al., 2021), dos factores (Medina Oncoy & Yauyo Trujillo, 2021), y un factor (Quezada-Berumen & González-Ramírez, 2020) (tabla 1). En Argentina, el ICPT fue adaptado para su uso en pacientes oncológicos, manteniendo una estructura de cinco factores (Esparza-Baigorri et al., 2016). Sin embargo, no se dispone aún de una versión local ajustada para su uso en personas con VIH.

A pesar de que se ha demostrado la relevancia del CPT respecto de la salud de las personas con VIH, la investigación sobre este tema en nuestro país aún es escasa. Resulta de interés profundizar en su estudio en nuestro contexto con el fin de describir los niveles de CPT experimentados por estas personas, identificar sus predictores y variables asociadas, y valorar la eficacia de intervenciones para su promoción. Para esto, se considera necesario contar con una versión del ICPT válida, confiable y culturalmente adecuada para su uso en personas adultas con VIH del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Es así que el presente estudio tuvo como objetivos adaptar el ICPT para su uso en dicha población y determinar las propiedades psicométricas y estructura factorial de la versión adaptada.

Tabla 1

Estructura factorial de versiones recientes del ICPT en castellano y portugués para su uso en personas adultas de Latinoamérica y España

Estructura factorial	Autores y año	Lugar	Participantes
1 factor	Gómez-Acosta et al. (2022)	Colombia	932 personas con experiencia traumática relacionada con el COVID-19
	Quezada-Berumen y González-Ramírez (2020)	México	446 víctimas de diversos eventos traumáticos
2 factores	Medina Oncoy y Yauyo Trujillo (2021)	Perú	391 personas expuestas a eventos estresantes asociados con la pandemia de COVID-19
	Paz Poblete (2020) Arias et al. (2017) ^{a,b}	Perú Ecuador	210 personas en tratamiento oncológico 450 sobrevivientes a un terremoto
3 factores	García et al. (2013) ^b	Chile	449 afectados por un terremoto y tsunami
	Rodríguez-Rey et al. (2016) ^a	España	143 personas con hijos sobrevivientes a una hospitalización
4 factores	Pajón et al. (2020) Garrido-Hernansaiz et al. (2022)	España España	243 víctimas de violencia en la infancia 592 personas durante la pandemia de COVID-19
	Cárdenas Castro et al. (2015)	Chile	681 estudiantes universitarios que reportaron alguna experiencia traumática
5 factores	García Da Silva et al. (2018) Esparza-Baigorri et al. (2016)	Brasil Argentina	300 estudiantes universitarios 156 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama
	Medeiros et al. (2017)	Brasil	205 personas que vivieron una experiencia traumática
	Sicilia et al. (2022)	España	104 sobrevivientes de abuso sexual infantil

Nota. ^aModelo bifactor, ^bModelo con un factor de segundo orden

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 100 personas con diagnóstico de VIH autoinformado (es decir, que reportan vivir con VIH al investigador), mayores de 18 años. Los participantes, en un rango entre 19 y 75 años, tenían una media de 41.10 años de edad ($DE = 13.06$). De acuerdo con lo informado por los participantes, al momento de responder a los instrumentos, había transcurrido una media de 8.90 años ($DE = 8.56$, Rango = 1-36 años) desde el diagnóstico de VIH. El 70% reportó ser de género masculino, mientras que el 30% reportó ser de género femenino. El resto de las características sociodemográficas de los participantes se exponen en la tabla 2. La mayoría de ellos asistían a una organización no gubernamental en donde recibían atención médica en el marco de protocolos de investigación clínica. Estos participantes fueron invitados a participar de este estudio a través de su profesional tratante o antes de la consulta médica, mientras aguardaban en sala de espera. Al resto de los participantes se accedió mediante el método de bola de nieve: quienes ya habían participado del estudio o sabían de él extendían la invitación a alguien más, y aquellos que demostraban interés, eran puestos en contacto con uno de los investigadores.

Tabla 2
Características sociodemográficas de los participantes (N = 100)

Características sociodemográficas	n / %
<i>Género</i>	
Masculino	70
Femenino	30
<i>Nivel educativo</i>	
Primario completo	3
Secundario incompleto	19
Secundario completo	26
Terciario/Universitario incompleto	19
Terciario/Universitario completo	29
Posgrado	4
<i>Situación laboral</i>	
Pensionado/Jubilado	3
Sin empleo actualmente	14
Empleado en sector público	15
Empleado en sector privado	45
Patrón (dueño con empleados)	1
Cuentapropista (dueño sin empleados/autónomo)	21
Trabajador familiar sin remuneración (empresa familiar)	1
<i>Estado civil</i>	
Casado/a	16
En pareja estable	24
Soltero/a	52
Separado/a – Divorciado/a	8
<i>Orientación sexual</i>	
Heterosexual	47
Gay	48
Bisexual	5
<i>Tratamiento antirretroviral (TARV) en la actualidad</i>	
Sí	93
No	7
<i>Tratamiento psicológico luego del diagnóstico</i>	
Sí, actualmente	21
Sí, pero no actualmente	28
No	51

Instrumentos

Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT, Posttraumatic Growth Inventory, PTGI, Tedeschi & Calhoun, 1996). Consta de 21 ítems que se responden mediante una escala de 6 opciones, yendo de 0 = *No experimenté este cambio* a 5 = *Experimenté este cambio en muy alto grado*. Las frases que componen el ICPT describen posibles cambios positivos que pueden ocurrir a partir de experimentar un evento traumático o altamente estresante. Dado que esta prueba tiene formato de autoinforme, se solicita a los sujetos que valoren en qué medida experimentaron cada uno de esos cambios como consecuencia de un episodio traumático específico. Los autores obtuvieron una estructura de cinco factores interpretables, mediante análisis factorial exploratorio: Relación con los otros (siete ítems, por ejemplo: “Siento una mayor cercanía con los demás”), Nuevas posibilidades (cinco ítems, por ejemplo: “Establecí un nuevo camino para mi vida”), Fortaleza personal (cuatro ítems, por ejemplo: “Soy más consciente de mi capacidad para manejar las dificultades”), Cambios espirituales (dos ítems, por ejemplo: “Logré una mejor comprensión de cuestiones espirituales”) y Aprecio por la vida (tres ítems, por ejemplo: “Cambié

mis prioridades sobre lo que es importante en la vida”). Puntuaciones más elevadas representan mayores niveles de CPT total y de cada una de las dimensiones o dominios.

Cuestionario sociodemográfico. Se confeccionó un cuestionario *ad hoc* para recabar información acerca de los participantes respecto de las siguientes variables: edad, años transcurridos desde el diagnóstico de VIH, género, nivel educativo, situación laboral, estado civil, orientación sexual, realización de tratamiento antirretroviral (TARV) en la actualidad y realización de tratamiento psicológico luego del diagnóstico de VIH.

Procedimiento

Traducción

En primera instancia, se realizó la traducción del ICPT del inglés al castellano. Con este propósito, se solicitó a tres psicólogos bilingües expertos en psicometría y evaluación psicológica que tradujeran la consigna, opciones de respuesta e ítems. Se les proporcionó una planilla especial para ese fin que además contenía la definición del CPT, una síntesis teórica acerca del mismo y una descripción de la población objetivo de la prueba (personas adultas con VIH residentes en el AMBA). Esto se realizó con el fin de que ajustaran las traducciones a los términos del marco teórico y a las características culturales y de edad de la población meta. Los tres traductores trabajaron de forma independiente.

Juicio de expertos y equivalencia conceptual

Una vez obtenidas las traducciones, se procedió a realizar un juicio de expertos con el propósito de arribar a una versión preliminar y verificar su equivalencia conceptual. Para esto, se confeccionó una planilla que contenía la consigna, opciones de respuesta e ítems originales en inglés y, junto a cada uno de estos elementos, las tres traducciones al castellano correspondientes. Las versiones en castellano de cada traductor fueron ubicadas por ítem de forma aleatoria y sin un orden particular para evitar sesgos en su evaluación (es decir, evitando que las versiones del traductor 1 estuvieran siempre primeras, por ejemplo). Adicionalmente, se incluyeron en la planilla las instrucciones para la realización del juicio y se incorporó la definición de CPT, una síntesis teórica sobre el mismo, y una descripción del instrumento y de la población meta de la prueba. Esto se realizó con el fin de que los jueces ajustaran su valoración de las traducciones al marco teórico y a la población objetivo, para garantizar la validez de contenido y la adecuación cultural de la versión preliminar.

Esta planilla fue entregada a cinco psicólogos bilingües expertos en psicometría y evaluación psicológica. Se les solicitó que evaluaran la equivalencia conceptual de cada traducción respecto del original en inglés. Es decir, se les pidió que valoraran en qué grado las traducciones mantenían o reflejaban el significado original para la población destinataria. Asimismo, se les requirió que evaluaran la adecuación cultural de los términos utilizados en las traducciones, de modo que sean comprensibles para la población meta y se ajusten a ella. Con este fin, cada juez debía calificar cada traducción con una escala del 1 (*Diferente al original*) al 4 (*Idéntico al original*). Cuando una traducción era valorada como diferente o no totalmente idéntica al original, se solicitó mayor información mediante observaciones y comentarios que contribuyeran a la obtención de la mejor versión en castellano.

Para analizar el acuerdo entre jueces se calcularon el porcentaje de acuerdo y el coeficiente V de Aiken, ya que este último permite superar las limitaciones estadísticas del primero (Escurra, 1988). Se seleccionaron aquellas traducciones que al menos el 80% de los jueces consideraron idénticas al original en inglés (o que el 60% consideraba idéntica y el 40%, bastante parecida) o que alcanzaban un coeficiente V de, al menos, .80. Para dos ítems (4 y 5), ninguna traducción alcanzó ninguno de tales criterios. En esos casos, se introdujeron modificaciones a las versiones traducidas tomando como base las observaciones y recomendaciones de los jueces, y la selección final de la traducción a mantener quedó a criterio de los investigadores (considerando aspectos teóricos y conceptuales). Para cuatro ítems (6, 12, 15 y 16), ninguna traducción cumplió con el criterio del porcentaje de acuerdo, aunque una de sus traducciones sí cumplía con el criterio del coeficiente V. No obstante, se optó por conservar una traducción diferente a la indicada por el coeficiente V, por considerar que poseía una redacción más simple y clara o que era más coherente con el marco teórico de la prueba, a criterio de los investigadores. El resultado fue una versión preliminar del ICPT en castellano.

Prueba piloto

Esta versión preliminar fue administrada a una muestra no probabilística entre junio/2017 y febrero/2018 con el fin de arribar a una versión final y obtener sus propiedades psicométricas y estructura factorial. Este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Huésped (FH-24). Antes de iniciar la aplicación de los instrumentos, todos los participantes fueron informados acerca de los objetivos del estudio y de las características y alcances de su participación, prestando a continuación el respectivo consentimiento por escrito. En el ICPT, las respuestas a los ítems se realizan en función de un evento traumático o altamente estresante para los sujetos que responden. Para esta adaptación, se fijó que todos los participantes respondieran al ICPT respecto de una misma situación: la recepción del diagnóstico de VIH. Esta situación fue seleccionada por ser un evento común a todas las personas con VIH que, a su vez, las distingue y diferencia de otros grupos sociales, pues solo ellas la han atravesado. Los instrumentos fueron autoadministrados en formato de lápiz y papel, con asistencia del investigador solo cuando esta era requerida.

Análisis de datos

Las respuestas de los participantes fueron analizadas mediante el programa SPSS versión 24 (IBM, 2016). Para la descripción de la muestra de participantes se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar, de acuerdo con el tipo de variable. Para el análisis de ítems se calcularon la media, desviación estándar, distribución de frecuencias, asimetría y curtosis de cada uno de ellos. Se consideraron índices de asimetría y curtosis con valores entre +1.00 y -1.00 como excelentes, y valores inferiores a +2.00 y -2.00 como adecuados (George & Mallery, 2011). Asimismo, se estudió la discriminación del ítem a partir del análisis de correlación de cada enunciado con la puntuación total de su dimensión correspondiente. En este caso, se consideró el criterio de revisar aquellos ítems con correlaciones no significativas o bajas (inferiores a .30) con la puntuación total.

El análisis factorial confirmatorio (AFC) fue asistido por el programa Mplus versión 7.11 (Muthén & Muthén, 2013). Dada la gran variedad de índices de

ajuste disponibles, a los fines de mayor claridad en la exposición, se optó por reportar únicamente aquellos más recomendados por la mayoría de los autores: el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI; Hooper et al., 2008; Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005; MacCallum & Austin, 2000). Siguiendo las recomendaciones de estos autores, se consideraron los siguientes valores de corte para la definición de indicadores de un ajuste aceptable de los modelos: RMSEA < .07 (Steiger, 2007) y CFI/TLI > .90 (MacCallum & Austin, 2000). Se reportan, además, los intervalos de confianza (IC) para aquellos indicadores que los poseen. Dado que el índice chi-cuadrado (X^2) es muy sensible al tamaño de la muestra y, cuando se utilizan muestras pequeñas, carece de potencia para discriminar entre buenos y pobres modelos de ajuste (Hooper et al., 2008; Kenny & McCoach, 2003), se optó por utilizar el índice relativo normado (Wheaton et al., 1977). Este índice, que consiste en el cociente del índice chi-cuadrado y los grados de libertad (X^2/gl), minimiza el impacto del tamaño muestral. Aunque no hay consenso con respecto a un valor aceptable para este cociente, se recomienda un valor máximo de 5 (valores ≤ 5 indican buen ajuste) (Wheaton et al., 1977).

Con el fin de obtener evidencia de validez externa, se compararon las puntuaciones del ICPT según género. Un gran cúmulo de evidencia internacional muestra que las personas de género femenino exhiben un CPT, medido por el ICPT, significativamente más elevado que las de género masculino, también entre quienes viven con VIH (Kamen et al., 2016; Rzeszutek et al., 2016). Es esperable que este resultado se replique a nivel local, lo que puede ser interpretado como evidencia externa de validez de esta versión. Dado que las variables demuestran no poseer una distribución normal, este análisis fue realizado aplicando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Para evaluar la consistencia interna de la escala completa y sus dimensiones, y para obtener evidencia de su confiabilidad, se optó por calcular los coeficientes alfa ordinal y omega ordinal. Dichos coeficientes resultan más adecuados para variables categóricas ordinales (como las que se operacionalizan con escalas Likert, por ejemplo). Asimismo, permiten superar las limitaciones del tradicional coeficiente alfa de Cronbach al ser aplicado a este tipo de variables (Dunn et al., 2014; Peters, 2014; Ventura-León & Caycho-Rodríguez, 2017; Viladrich et al., 2017). Estos coeficientes fueron obtenidos utilizando los paquetes *psych* y *userfriendlyscience* en R versión 3.5.3. Fueron interpretados siguiendo las recomendaciones y criterios de George y Mallery (2003).

RESULTADOS

Análisis de ítems

Todos los ítems presentaron índices de asimetría y curtosis excelentes o adecuados y arrojaron correlaciones superiores a .30 con la puntuación total de su dimensión o dominio, exhibiendo adecuada capacidad de discriminación. Por este motivo, ninguno debió ser revisado o eliminado (tabla 3).

Tabla 3*Asimetría, curtosis y correlaciones ítem-total corregidas de ítems del ICPT*

	Asimetría	Curtosis	Correlación ítem-total
Ítem 1	-0.68	-1.19	.46
Ítem 2	-1.36	0.26	.63
Ítem 3	-0.69	-1.26	.53
Ítem 4	-0.62	-1.26	.47
Ítem 5	-0.35	-1.63	.51
Ítem 6	-0.95	-0.66	.63
Ítem 7	-0.69	-1.15	.66
Ítem 8	-0.27	-1.54	.69
Ítem 9	-0.38	-1.56	.67
Ítem 10	-1.15	-0.06	.60
Ítem 11	-0.61	-1.39	.57
Ítem 12	-1.30	0.23	.62
Ítem 13	-1.18	-0.16	.55
Ítem 14	0.33	-1.64	.37
Ítem 15	-0.42	-1.54	.52
Ítem 16	-0.55	-1.45	.66
Ítem 17	-1.43	0.64	.52
Ítem 18	0.34	-1.74	.51
Ítem 19	-1.53	1.15	.55
Ítem 20	-0.63	-1.23	.72
Ítem 21	-0.94	-0.51	.60

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Se efectuó un AFC con el fin de analizar la estructura interna del instrumento. Se utilizó como método de estimación el de Mínimos Cuadrados no Ponderados Robusto (ULSMV, por sus siglas en inglés). Este método es el recomendado cuando se analizan variables categóricas ordinales, como aquellas que emplean escalas tipo Likert (Holgado-Tello et al., 2018), como es el caso del ICPT. Primeramente, se puso a prueba un modelo unifactorial. A continuación, se examinó un modelo de dos factores tomando como referencia la propuesta de Paz Poblete (2020), quien propone un factor Interpersonal y otro Intrapersonal. En el primero (Interpersonal) se agruparon los ítems correspondientes a la dimensión original Relación con los otros, mientras que en el segundo (Intrapersonal) se agruparon los ítems de todas las restantes. Seguidamente, se exploró un modelo de tres factores, considerando la propuesta teórica inicial de Tedeschi y Calhoun (1996): 1) Cambios en la filosofía de vida (agrupando las dimensiones Aprecio por la vida, Nuevas posibilidades y Cambios espirituales), 2) Cambios en la percepción de sí mismo (Fortaleza personal), y 3) Cambios en la relación con otras personas (Relación con los otros). Finalmente, se examinó un modelo de cinco factores correspondiente a la estructura factorial original del ICPT.

De forma general, los modelos examinados obtuvieron valores de ajuste aceptables, excepto el de un factor. Considerando el ajuste global, para todos los modelos se logra un valor óptimo en el índice X^2 normalizado. El RMSEA arroja valores de ajuste por debajo de .08 en todos los modelos. Este último valor es considerado indicador de un ajuste razonable (Browne & Cudeck, 1992; Steiger, 2007). La excepción es el modelo de un factor en el que el límite superior del IC se encuentra muy por encima (.092). Los índices de ajuste comparativo CFI y TLI resultan por encima de .90 en los cuatro modelos probados, llegando a alcanzar un valor óptimo en todos (.95), excepto en el de un factor (tabla 4).

No obstante, el modelo original de cinco dimensiones propuesto por los autores del instrumento (Tedeschi & Calhoun, 1996) es el que muestra, aunque por estrecho margen, el mejor ajuste a los datos: $X^2/gf = 1.50$, CFI = .95, TLI = .94, RMSEA = .071 (IC 90% = .053 - .088). Es el modelo con un valor más bajo y óptimo en el índice X^2 normalizado (índice relativo normado). Los ítems de esta versión adaptada se agruparon de la forma esperada, replicando la agrupación en cinco dimensiones o dominios del instrumento original. Las cargas factoriales estandarizadas para cada ítem pueden apreciarse en la tabla 5 y el modelo final se muestra en la Figura 1.

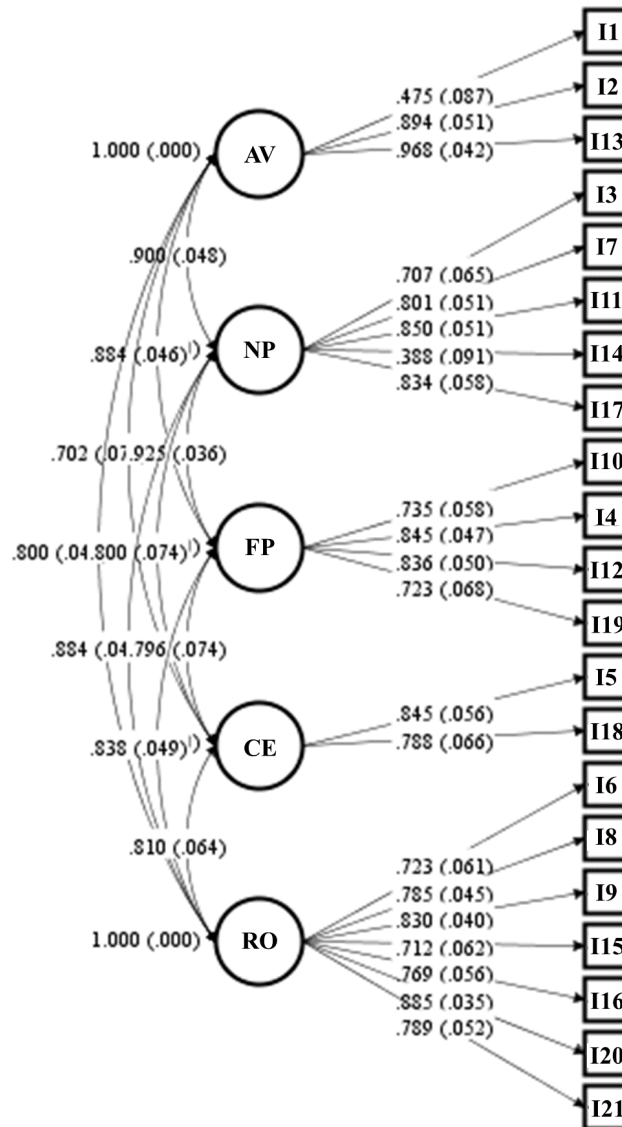
Tabla 4
Índices de ajuste de los modelos examinados

Modelo	χ^2 (gf)	χ^2/gf	CFI	TLI	RMSEA (90% IC)
1 factor	299.349(189)	1.58	.94	.93	.076 (.060 - .092)
2 factores	283.535(188)	1.51	.95	.94	.071 (.054 - .088)
3 factores	280.971(186)	1.51	.95	.94	.071 (.054 - .088)
5 factores	269.141(179)	1.50	.95	.94	.071 (.053 - .088)

Tabla 5
Cargas factoriales estandarizadas, alfas ordinales y omegas ordinales de las dimensiones del ICPT

Ítem	Aprecio por la vida	Nuevas posibilidades	Fortaleza personal	Cambios espirituales	Relación con los otros
Ítem 1. Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida	.47				
Ítem 2. Tengo un mayor aprecio por el valor de mi propia vida	.89				
Ítem 13. Puedo apreciar más cada día	.96				
Ítem 3. Desarrollé nuevos intereses		.70			
Ítem 7. Establecí un nuevo camino para mi vida		.80			
Ítem 11. Puedo hacer mejores cosas con mi vida		.85			
Ítem 14. Hay nuevas oportunidades disponibles que, de otro modo, no se hubieran presentado		.38			
Ítem 17. Estoy más dispuesto/a a tratar de cambiar las cosas que necesitan un cambio		.83			
Ítem 10. Soy más consciente de mi capacidad para manejar las dificultades			.73		
Ítem 4. Tengo mayor confianza en mí mismo/a			.84		
Ítem 12. Puedo aceptar mejor la forma en que las cosas suceden			.83		
Ítem 19. Descubrí que soy más fuerte de lo que creía			.72		
Ítem 5. Logré una mejor comprensión de cuestiones espirituales				.84	
Ítem 18. Tengo una fe religiosa más fuerte				.78	
Ítem 6. Veo más claramente que puedo contar con otros en momentos difíciles					.72
Ítem 8. Siento una mayor cercanía con los demás					.78
Ítem 9. Estoy más predispuesto/a a expresar mis emociones					.83
Ítem 15. Siento más compasión por otros					.71
Ítem 16. Pongo más esfuerzo en mis vínculos					.76
Ítem 20. Aprendí mucho acerca de lo maravillosos que son las personas					.88
Ítem 21. Acepto mejor que necesito de otros					.78
Alfa ordinal	.83	.83	.86	.79	.91
Omega ordinal	.84	.84	.86	-	.91

Figura 1
Modelo de cinco factores del ICPT



Nota. AV= Aprecio por la Vida, NP= Nuevas posibilidades, FP=Fortaleza personal, CE= Cambios espirituales, RO= Relación con los otros.

Evidencia externa de validez

Dado que un gran cúmulo de evidencia muestra consistentemente diferencias en CPT, medido por el ICPT, en favor del género femenino, incluso en personas con VIH, se realizó una comparación según género para explorar si dicha diferencia se replicaba entre los participantes. Esto se llevó a cabo con el fin de obtener evidencia externa en favor de la validez de esta versión del ICPT. Efectivamente, las participantes de género femenino exhibieron puntuaciones significativamente más elevadas de CPT total ($U = 702.50$, $p = .009$) y en los dominios Relación con los otros ($U = 731.50$, $p = .016$), Fortaleza personal ($U = 734.50$, $p = .016$) y Cambios espirituales ($U = 702.00$, $p = .008$; tabla 6).

Tabla 6

Comparación de las puntuaciones de CPT según género en participantes con VIH (N=100)

Variable	Femenino (n = 30)		Masculino (n = 70)		U	P
	M	DE	M	DE		
Relación con los otros	25.83	8.97	20.24	10.88	731.50	.016
Nuevas posibilidades	17.20	5.88	14.81	7.65	860.50	.153
Fortaleza personal	16.63	4.35	13.81	5.74	734.50	.016
Cambios espirituales	6.57	3.81	4.30	3.67	702.00	.008
Aprecio por la vida	11.87	3.73	10.37	4.86	883.00	.198
Total	78.10	21.61	63.54	28.02	702.50	.009

Análisis de confiabilidad

Con el propósito de evaluar la confiabilidad de cada dimensión o dominio y de la escala total, se calcularon los coeficientes alfa ordinal y omega ordinal. Para las dimensiones, los valores de alfa obtenidos oscilan entre .79 y .91 y los de omega, entre .84 y .91. Esto indica que las dimensiones o dominios poseen entre aceptable y excelente consistencia interna. Los valores de ambos coeficientes para la escala total son de .96, lo que puede ser interpretado como excelente consistencia interna (tabla 5). Lo anteriormente explicitado constituye evidencia en favor de la confiabilidad, tanto de la escala total como de cada una de sus dimensiones o dominios.

DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso adaptar el Inventario de Crecimiento Postraumático (ICPT) para su uso en personas con VIH adultas residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Argentina, y determinar las propiedades psicométricas y estructura factorial de la versión adaptada. Los procedimientos realizados aportan evidencia en favor de la equivalencia lingüística y conceptual de esta versión adaptada respecto de la original. Además, los resultados obtenidos permiten concluir que esta adaptación cuenta con adecuadas propiedades psicométricas y es apropiada para ser utilizada en la población meta.

En primer lugar, se han implementado procedimientos de traducción y juicio de expertos para verificar las equivalencias lingüística y conceptual de la versión adaptada respecto de la original. Esto permite incrementar la garantía de que esta versión del ICPT conserva su validez de contenido, es comprensible y aceptable para la población meta, y es adecuada a la cultura y el contexto local.

Asimismo, se pudo concluir que esta versión presenta propiedades psicométricas adecuadas para su uso en personas con VIH residentes en el AMBA. El análisis de los ítems ha demostrado que presentan una buena capacidad de discriminación entre distintos niveles de la variable. Los índices obtenidos también permiten afirmar que el instrumento total y sus dimensiones exhiben una confiabilidad por consistencia interna entre aceptable y excelente. Los valores para la escala total (ambos de .96) son incluso superiores al valor de alfa obtenido por Tedeschi y Calhoun (1996) para la versión original (.90), y a los reportados para otras adaptaciones en nuestra región (García et al., 2013; Esparza-Baigorri et al., 2016; Sicilia et al., 2022).

Además, se ha obtenido evidencia en favor de la validez de constructo de la versión adaptada mediante análisis factorial confirmatorio. Los resultados de dicho análisis muestran que el modelo de cinco factores propuesto por Tedeschi y Calhoun (1996) para la versión original del instrumento es el que muestra un mejor ajuste a los datos, en comparación con modelos de uno, dos y tres factores. Estos últimos modelos, especialmente los de dos y tres factores, también arrojaron índices de ajuste aceptables que no difirieron considerablemente de los del modelo de cinco factores. No obstante, se decidió mantener el modelo de cinco dimensiones, no solo por haber arrojado mejores índices de ajuste, sino también para conservar la estructura del instrumento original. Además, la estructura de cinco dimensiones es una de las soluciones factoriales más frecuentemente obtenidas a lo largo de diversos estudios y contextos (Amiri et al., 2020; Cárdenas Castro et al., 2015; Mesidor & Whaley, 2021; Sicilia et al., 2022), y la evidencia muestra que es la que tiene un ajuste general más robusto (Taku et al., 2008).

Independientemente de la estructura factorial obtenida, del presente proceso de adaptación se destaca que no resultó necesario introducir modificaciones significativas a la formulación de los ítems, consignas u opciones de respuesta. A partir de la evidencia recolectada, tampoco se estimó necesario eliminar ítems. Son diversas las versiones del ICPT que mantienen los 21 ítems originales, más allá de la estructura factorial que haya demostrado mejor ajuste (García et al., 2013). Este hecho resulta promisorio para la realización de estudios comparativos transculturales o entre personas que hayan atravesado eventos traumáticos de distinto tipo, ya que favorece la comparabilidad de los niveles totales de CPT exhibidos por cada grupo. Adicionalmente, la conservación de la estructura de cinco factores también permite la comparabilidad con estudios que emplearon versiones con la misma solución factorial, que son numerosos (Amiri et al., 2020; Cárdenas Castro et al., 2015; Mesidor & Whaley, 2021; Sicilia et al., 2022).

También se ha obtenido evidencia externa de validez para esta versión local del ICPT. Las comparaciones según género muestran diferencias significativas en las puntuaciones totales del CPT y en tres de sus dominios o dimensiones en favor de las participantes de género femenino. Esto es consistente con la evidencia obtenida por estudios previos, incluso en personas con VIH, que han utilizado el ICPT como instrumento para la medición de esta variable (Kamen et al., 2016; Rzeszutek et al., 2016). Vishnevsky et al. (2010) han sugerido que esta diferencia según género podría deberse a que las mujeres presentan mayor tendencia a la rumiación (incluyendo la que puede resultar productiva y constructiva) y al afrontamiento focalizado en la emoción, que los hombres. Esto, aunque puede implicar mayor malestar, también incrementa las probabilidades de aprendizaje al enfrentarse a la experiencia y reflexionar sobre ella.

Resulta posible mencionar algunas limitaciones del presente estudio que sugieren futuras posibles líneas de investigación con esta versión adaptada del ICPT. Primeramente, si bien la distribución de algunas variables, como el género, es muy semejante a la distribución observada en el total de la epidemia de VIH en Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2022), este estudio involucró una muestra no probabilística. Es recomendable replicar los análisis estadísticos realizados con datos obtenidos de muestras de mayor tamaño y más representativas de la población de personas con VIH de Argentina, lo que podría contribuir a incrementar la robustez de la evidencia respecto de las propiedades

psicométricas de esta versión. En segundo lugar, futuros estudios que utilicen esta versión aquí adaptada pueden contribuir a ampliar y diversificar la evidencia en favor de su validez, por ejemplo, realizando análisis de invariancia de medición a través de grupos definidos por variables frecuentemente significativas (como el género, el nivel educativo o la edad) con el fin de explorar la presencia de sesgos en las respuestas que puedan estar asociados a la pertenencia a grupos específicos.

En tercer lugar, resulta necesario mencionar que la mayoría de los participantes enrolados asistían a una institución no gubernamental, en donde recibían atención médica y se encontraban en TARV. Este hecho podría implicar un sesgo de selección en el muestreo ya que, debido a esta característica, es más probable que hayan sido individuos con buena adherencia al tratamiento y apoyo social satisfactorio y, posiblemente, mayores niveles de CPT. En contraste, individuos con insuficiente adherencia al tratamiento pueden haber quedado excluidos de esta muestra. Por otra parte, también se destaca que no se incluyó la evaluación de variables que puedan tener un papel significativo en relación con el CPT y que puedan haber influido en sus niveles, como la realización de actividades de apoyo (e.g., grupos de pares) en paralelo al tratamiento médico. Se recomienda que futuros estudios incorporen muestras de personas con VIH más diversas, con el fin de controlar este tipo de sesgos, y consideren el análisis del papel de variables que puedan afectar significativamente los niveles de CPT.

No obstante, la versión del ICPT que aquí se presenta demuestra ser un instrumento adecuado y promisorio para evaluar el CPT en personas adultas con VIH residentes en Buenos Aires y su área metropolitana, con fines de investigación e intervención. Contar con una versión local, psicométricamente sólida y culturalmente apropiada para su uso en esta población, resulta una contribución al avance de la investigación acerca de los factores que favorecen un afrontamiento adaptativo y resiliente frente al diagnóstico de VIH y el ajuste psicológico saludable posterior. Asimismo, es una herramienta útil y necesaria para el uso psicoterapéutico. En este sentido, permite evaluar el impacto de un diagnóstico de VIH, considerando también los recursos y potencialidades de las personas para afrontarlo constructivamente con el fin de promoverlos. Además, permite valorar la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas que busquen promover el CPT y la respuesta resiliente en personas con VIH. Esto redundará en mayor bienestar psicológico, mayor adherencia al TARV y, en consecuencia, mayor salud y calidad de vida para las personas con VIH.

REFERENCIAS

- Amiri, H., Rezapour, M., Nekoei-Moghadam, M., & Nakhaee, N. (2020). Translation and adaptation of the Posttraumatic Growth Inventory-Short Form into Persian. *The Open Psychology Journal*, *13*, 326-332. <https://doi.org/10.2174/1874350102013010326>
- Arias, P. R., García, F. E., & Valdivieso, I. P. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población ecuatoriana. *Evaluar*, *17*(2), 67-80. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n2.18722>
- Aslam, N., & Kamal, A. (2019). Assessing positive changes among flood affected individuals: Translation and validation of Post-Traumatic Growth Inventory - Short Form (PTGI-SF). *Pakistan Journal of Medical Research*, *58*(2), 59-65.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, *21*(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Cárdenas Castro, M., Barrientos Delgado, J., Ricci Alvarado, E., & Páez Rovira, D. (2015). Spanish adaptation and validation of the Posttraumatic Growth Inventory-Short Form. *Violence and Victims*, *30*(5), 756-769. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00165>
- Dubuy, Y., Sébille, V., Bourdon, M., Hardouin, J. B., & Blanchin, M. (2022). Posttraumatic growth inventory: challenges with its validation among French cancer patients. *BMC Medical Research Methodology*, *22*(1),

246. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01722-6>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunnsden, V. (2014). From alpha to omega: a practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399-412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Escurre, L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 6(1-2), 103-111. <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>
- Esparza-Baigorri, T., Leibovich de Figueroa, N., & Martínez-Terrer, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y Estrés*, 22, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.06.002>
- Finkelstein-Fox, L., Park, C. L., & Kalichman, S. C. (2020). Health benefits of positive reappraisal coping among people living with HIV/AIDS: A systematic review. *Health Psychology Review*, 14(3), 394-426. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641424>
- García da Silva, T. L., Guimarães Ramos, V., Candia Donat, J., Rainho de Oliveira, F., Gauer, G., & Haag Kristensen, C. (2018). Psychometric properties of the Posttraumatic Growth Inventory in a sample of Brazilian university students. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(4), 292-299. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0050>
- García, F. E., Solar, F., & Melipillán, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población chilena afectada por un desastre natural. *Revista Mexicana de Psicología*, 30(2), 145-153.
- Garrido-Hernansaiz, H., & Alonso-Tapia, J. (2020). Predictors of anxiety and depression among newly diagnosed people living with HIV: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(5), 616-624. <https://doi.org/10.1111/sjop.12621>
- Garrido-Hernansaiz, H., Murphy, P. J., & Alonso-Tapia, J. (2017). Predictors of resilience and posttraumatic growth among people living with HIV: A longitudinal study. *AIDS and Behavior*, 21(11), 3260-3270. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1870-y>
- Garrido-Hernansaiz, H., Rodríguez-Rey, R., Collazo-Castañeira, P., & Collado, S. (2022). The Posttraumatic Growth Inventory-Short Form (PTGI-SF): A psychometric study of the Spanish population during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02645-z>
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th Ed.)*. Allyn & Bacon.
- George, D. & Mallery, P. (2011). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 18.0 update (1st Ed.)*. Pearson.
- Gómez-Acosta, A., Ramos-Vera, C., & Sierra Barón, W. (2022). Validation of an ultra-short version of the Posttraumatic Growth Inventory in Colombian adults exposed to COVID-19. *Death Studies*, 47(4), 490-498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2098415>
- Holgado-Tello, F. P., Morata-Ramírez, M. A., & Barbero García, M. I. (2018). Confirmatory factor analysis of ordinal variables: A simulation study comparing the main estimation methods. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 601-617. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4932>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- IBM (2016). *Statistical Package for the Social Sciences v24*. IBM.
- Kamen, C., Vorasarun, C., Canning, T., Kienitz, E., Weiss, C., Flores, S., Etter, D., Lee, S., & Gore-Felton, C. (2016). The Impact of stigma and social support on development of post-traumatic growth among persons living with HIV. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(2), 126-134. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9447-2>
- Kenny, D. A., & McCoach, D. B. (2003). Effect of the number of variables on measures of fit in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, 10(3), 333-351. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1003_1
- Kline, R. B. (2005). *Methodology in the social sciences. Principles and practice of structural equation modeling (2nd Ed.)*. Guilford Press.
- MacCallum, R. C., & Austin, J. T. (2000). Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.201>
- Martin, L., & Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15, 125-131. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9498-6>
- Medeiros, E. D., Neves Couto, R., Nunes da Fonsêca, P., Nascimento da Silva, P. G., & Cavalcante Bezerra de Medeiros, P. (2017). Posttraumatic Growth Inventory (PTGI): Adaptação e validade fatorial no nordeste brasileiro. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 22(3), 449-460. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220306>
- Medina Oncoy, S. C., & Yauyo Trujillo, L. M. (2021). *Análisis psicométrico de la escala de Crecimiento Postraumático (PGTI) en jóvenes y adultos peruanos en un contexto de pandemia COVID-19* [Tesis de grado no publicada]. Universidad César Vallejo.
- Mesidor, J. K., & Whaley, A. L. (2021). Psychometric analysis of the Haitian Creole version of the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) among the 2010 earthquake survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 24(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/15325024.2021.1920764>
- Milam, J. E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2353-2376. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01981.x>
- Milam, J. E. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 74(5), 817-827. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.817>
- Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N°39*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
- Murphy, P. J., & Hevey, D. (2013). The relationship between internalized HIV-related stigma and posttraumatic growth. *AIDS and Behavior*, 17, 1809-1818. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0482-4>
- Muthén, B. O., & Muthén, L. K. (2013). *Mplus (Versión 7.11)*. Muthén & Muthén.
- Pajón, L., Greco, A. M., Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2020). Factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory in a Spanish sample of adult victims of interpersonal violence in childhood. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(2), 101-110. <https://doi.org/10.5944/rppc.26017>
- Paz Poblete, A. S. (2020). *Propiedades psicométricas del inventario de crecimiento postraumático en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas* [Tesis de grado no publicada]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Peters, G. Y. (2014). The alpha and the omega of scale reliability and validity: Why and how to abandon Cronbach's alpha and the route towards more comprehensive assessment of scale quality. *The European Health Psychologist*, 16(2), 56-69. <https://doi.org/10.31234/osf.io/h47fv>
- Pięta, M., & Rzeszutek, M. (2022). Posttraumatic growth and well-being among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis in recognition of 40 years of HIV/AIDS. *Quality of Life Research*, 31, 1269-1288. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02990-3>
- Quezada-Berumen, L., & González-Ramírez, M. T. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en población mexicana. *Acción Psicológica*, 17(1), 13-28. <https://doi.org/10.5944/ap.17.1.25736>
- Radusky, P. D., & Mikulic, I. M. (2018). Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes en Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 25, 107-116.
- Radusky, P. D., Zalazar, V., & Aristegui, I. (2022). Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina. *Psicología y Salud*, 32(1), 93-104. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2716>
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., Kassam-Adams, N., & Garrido-Hernansaiz, H. (2016). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory in parents of critically ill children. *Psicothema*, 28(4), 495-503. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.162>
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Firlag-Burkacka, E. (2016). Gender differences in posttraumatic stress symptoms and the level of posttraumatic growth among a Polish sample of HIV-positive individuals. *AIDS Care*, 28(11), 1411-1415. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1182615>
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 436-447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.004>
- Sicilia, L., Barrios, M., & Pereda, N. (2022). The Spanish Posttraumatic Growth Inventory - Short Form in adult survivors of child sexual abuse. *Psicothema*, 34(3), 463-470. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.458>
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2000). Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*, 51(10), 1543-1554. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00144-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00144-1)
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893-898. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.017>
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 158-164. <https://doi.org/10.1002/jts.20305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tran, B. X., Ho, R. C. M., Ho, C. S. H., Latkin, C. A., Phan, H. T., Ha, G. H., Vu, G. T., Ying, J., & Zhang, M. W. B. (2019). Depression among patients with HIV/AIDS: Research development and effective interventions (GAPRESEARCH). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1772. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101772>
- Ventura-León, J. L., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: Un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627.
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología*, 33(3), 755-782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 110-120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01546.x>
- Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D. F., & Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, 8(1), 84-136. <https://doi.org/10.2307/270754>
- Willie, T. C., Overstreet, N. M., Peasant, C., Kershaw, T., Sikkema, K. J., & Hansen, N. B. (2016). Anxiety and depressive symptoms among people living with HIV and childhood sexual abuse: The role of shame and posttraumatic growth. *AIDS and Behavior*, 20(8), 1609-1620. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1298-9>
- Xu, X., Wen, J., Zhou, N., Shi, G., Wang, J., & Skritskaya, N. A. (2021). Psychometric properties of a revised

posttraumatic growth inventory and its short form in Chinese Shidu parents. *Current Psychology*, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01717-4>

Recibido 04-04-2023 | Aceptado 03-10-2023



Este trabajo se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que se dé el crédito pertinente a los autores y a *Psicod debate*