

Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.

REACCIONES FRENTE AL TRAUMA: VULNERABILIDAD, RESISTENCIA y
CRECIMIENTO

Carmelo Vázquez
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
cvazquez@psi.ucm.es

Cristina Castilla
Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Psicología

Gonzalo Hervás
Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Psicología

Correspondencia: Carmelo Vázquez, Facultad de Psicología. Universidad Complutense, Campus de Somosaguas, 28223-Madrid (España). Tfno.:(34) 91-3943131. Fax: (34) 91-3943189. E-mail: cvazquez@psi.ucm.es.

Este trabajo ha sido posible gracias, en parte, a una financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología (BSO2003-07516), la Fundación Lafourcade-Colegio Oficial de Psicólogos, y una beca de investigación MAPFRE 2005/2006 concedida a Cristina Castilla.

De próxima aparición en el libro de E. Fernández-Abascal (2007).

(Ed.), *Las emociones positivas*. Madrid: Pirámide.

1. Introducción.

2. Inmunidad y resistencia ante el trauma.

3. Trauma y crecimiento postraumático.

3.1. Componentes del crecimiento postraumático.

3.2. La extensión del fenómeno de crecimiento postraumático.

3.3. Determinantes del crecimiento postraumático.

3.4. Procesos cognitivos implicados.

3.5. Crecimiento postraumático y salud mental.

4. Modelos teóricos del crecimiento postraumático.

4.1. El crecimiento postraumático como proceso.

4.2. El crecimiento postraumático como resultado.

5. Direcciones futuras y utilidad clínica de la investigación sobre crecimiento postraumático.

6. Resumen final

«No me gusta el cuento de la lagrimita. Las enfermedades son historias a superar y eso significa pasar por encima y dejarlas en el rincón de los recuerdos no deseados. La enfermedad me cargó las baterías, salí del hospital pensando que debía darle caña a la vida y me embarqué en una de las giras más largas de mi historia».

Entrevista a J.M. Serrat, El País, 14-04-2006

1. Introducción.

Las reacciones humanas ante la adversidad son tan variadas como, aún, poco conocidas. La historia conceptual del “trauma” y las respuestas psicológicas derivadas de la exposición al mismo refleja claramente que el propio concepto de trauma ha estado siempre sujeto a polémicas tanto académicas como profesionales. En su revisión histórica, Brunner (2002) demostraba que el interés por las reacciones traumáticas ha estado históricamente más vinculado, al menos desde finales del S. XIX, a litigios y polémicas forenses para reivindicar derechos ante los tribunales (por ejemplo, soldados, trabajadores, accidentados en medios de transporte...), que a un interés científico (Vázquez, 2005). Para algunos, las respuestas psicológicas ante el trauma no eran más que una farsa destinada a conseguir beneficios y recompensas de las aseguradoras mientras que para otros (inicialmente los menos) eran reacciones genuinas de personas expuestas a calamidades. Estos encendidos debates emergen también cuando, como se planteará en este capítulo, se defiende la posibilidad de que vivir una experiencia traumática pueda tener, *algunas* consecuencias positivas para *algunas* personas.

Esta polémica sobre la validez de las respuestas frente al trauma tiene también un reflejo indirecto en la reciente historia de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales. En el año 1980, el *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-III, APA, 1980) introdujo por primera vez el Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante, TEPT). En principio, como es bien sabido, era una categoría pensada para las consecuencias de haber estado expuesto a situaciones de combate bélico, si bien el término comenzó a aplicarse a otras personas que habían sufrido experiencias de otra índole: violaciones, catástrofes naturales, enfermedades físicas con riesgo para la propia vida,... (McNally, 2003; Vázquez, 2005). Pero lo interesante de esta nueva entidad es que se creó con la idea subyacente de proteger a quienes habían sido *víctimas* de sucesos atroces. De este modo, la propia definición de trauma aludía a experiencias extremas y únicas, que por su propia naturaleza serían desbordantes y desestabilizadoras psicológicamente para *cualquier* ser humano. Es decir, se suponía que la reacción esperable y lógica tras haber padecido una experiencia así sería, casi inevitablemente, una reacción compleja caracterizada por una *Reexperimentación* persistente del suceso traumático (recuerdos, flashbacks,...), una *Evitación* de los estímulos internos o externos asociados con el suceso (evitación de pensamientos y actividades, incapacidad para recordar algunos aspectos del suceso,...) y una *Hiperactivación* exagerada (dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, ...).

Sin embargo, como hemos expuesto detalladamente en otros lugares (Vázquez, 2005; Vázquez y Pérez-Sales, 2003), los datos epidemiológicos obstinadamente indicaban otra cosa: aunque es verdad que un porcentaje notable de la población general ha sufrido sucesos traumáticos, sólo una minoría de la población ha sufrido un TEPT aunque, obviamente, haya podido tener reacciones psicológicas de una cierta intensidad. Los datos demuestran que ante un hecho traumático la mayoría de los afectados son

capaces de desarrollar una respuesta adaptativa. Plagas, desastres naturales, guerras u otros tipos de experiencias amenazantes más cotidianas, ocurren con mayor frecuencia de lo que se piensa. Según un informe oficial de 1993 de la Federación Internacional de la Cruz Roja, entre 1967 y 1991 los desastres han matado a más de 7 millones de personas y han afectado directamente a 3.000 millones en todo el mundo (Internacional Federation of Red Cross, 1993). Tomando como ejemplo datos de la población estadounidense, encontramos que la prevalencia vital de vivir hechos traumáticos en esta población es del 51.2 % para mujeres y del 60.7 % para hombres (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995; Posttraumatic Stress Disorder in the Nacional Comorbidity Survey). Todo parece indicar que las situaciones traumáticas amenazantes para la propia vida son sorprendentemente frecuentes y, sin embargo, un porcentaje relativamente *pequeño* de las personas expuestas a ellas sufren trastornos psicológicos como consecuencia de su impacto. Por ejemplo, en el caso de Europa se estima que la prevalencia del TEPT es sólo del 1.9% de la población (Alonso et al., 2004). Estos resultados nos confirman que se da un buen ajuste de la mayoría de las personas que pasan por experiencias postraumáticas; y algunas incluso, como veremos más adelante, son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias.

La traducción directa de esta discrepancia entre exposición al trauma e impacto del mismo alude pues a que la mayoría de las personas son capaces de resistir sucesos traumáticos intensos. Curiosamente, la Psicología, y la Psicología Clínica en particular, cada vez más han ido desarrollando modelos de vulnerabilidad para explicar las reacciones humanas frente a las dificultades, pero sería conveniente que, en cierto sentido, virase para buscar modelos de resistencia o de fortalezas pues necesitamos conocer y poder explicar los mecanismos que se ponen en marcha en estos procesos de

una cierta inmunidad ante la adversidad. Un caso interesante puede ser el de los ataques terroristas en Estados Unidos de Norteamérica (2001) y en España (2004). En el primero de los casos, los estudios epidemiológicos demostraron que en Nueva York los ataques tuvieron un efecto menor de lo que alarmantemente se esperaba (Vázquez, 2005); en concreto, Sandro Galea y su grupo (Galea et al., 2003) observaron que la tasa de TEPT en la población neoyorquina era relativamente baja a las pocas semanas del terrible atentado en las Torres Gemelas pero, lo que es aún más importante, las tasas de prevalencia de TEPT disminuyeron drásticamente, y sin necesidad de intervenciones psicológicas, al cabo de unos pocos meses. En definitiva, las reacciones iniciales, al menos en términos de aparición de un cuadro clínico completo de TEPT, fueron relativamente limitadas y, además, transitorias. Una situación parecida se observó en Madrid, en donde si bien la presencia de algunos síntomas de ansiedad fue relativamente frecuente en la población general, un porcentaje relativamente pequeño de la población general sufrió el conjunto de síntomas del TEPT (Vázquez, Pérez-Sales, y Matt, 2006).

La nueva edición del DSM-IV (APA, 1994) cambió de un modo importante la definición de lo que es un suceso traumático (véase una explicación pormenorizada en Vázquez, 2005). En este manual vigente se define un hecho traumático como *“toda aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física de una persona y ante la que ésta ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos”* (APA, 2000). Desaparece así la idea de universalidad que había en el DSM-III (1980) concediendo que, en efecto, no debe esperarse que todas las personas reaccionen de un modo patológico ante situaciones extremas.

2. Inmunidad y resistencia ante el trauma.

El análisis de las reacciones de inmunidad ante agresiones del entorno no es nuevo en Psicología. Bien conocido es el fenómeno denominado “Indefensión Aprendida” (“learned helplessness”). Cuando los perros de laboratorio recibían una serie de choques eléctricos que no podían evitar de ninguna manera, acababan aceptando resignadamente esos choques y mostraban una conducta de apatía y desesperanza muy parecida a la de la depresión humana (Seligman, 1975). Los perros aprenden que no pueden hacer absolutamente nada para cambiar la situación y su abatimiento es absoluto. Pero Seligman advirtió algo importante. No todos los perros que participaban en sus experimentos desarrollaban el síndrome de indefensión. Algunos se resistían, ladraban continuamente, agredían a los experimentadores, y después de largas sesiones de choques eléctricos, parecían no asumir la situación de inescapabilidad real, y seguían haciendo grandes esfuerzos por escapar de la jaula experimental. Eran perros *resistentes* a las adversidades. Se trataba en términos de Seligman y sus colegas, de “perros inmunes”. Eran perros que tenían una larga historia de lucha contra las adversidades y posiblemente con una gran “sensación de controlabilidad” sobre las contingencias del entorno. Esto les hacía no entender que la situación era desesperada y que realmente no había ninguna posibilidad de escape en aquellas cajas experimentales electrificadas. Esta “ceguera” les permitía seguir luchando y no derrumbarse ante una situación que objetivamente era incontrolable. Estos hallazgos, fueron un importante punto de partida de la búsqueda de otras formas de reaccionar ante las adversidades.

Si revisamos las publicaciones, los psicólogos que tradicionalmente han estudiado el trauma, se han centrado en las consecuencias negativas que el suceso traumático pudiera causar a las personas. Esto ha hecho que se desarrollen modelos teóricos y tratamientos eficaces, referentes a las reacciones patológicas. Este enfoque de la psicología ha hecho que, precisamente, se tomen como normales, y socialmente esperables las respuestas patológicas, como por ejemplo el TEPT, ante un hecho traumático. De hecho, como señalan (Bonnano y George, 2004), se ha llegado a estigmatizar a las personas que no respondían de forma patológica, y a asumir que existe una única forma de responder ante las vivencias traumáticas de la vida.

Sin embargo, a lo largo del capítulo encontraremos numerosos ejemplos de que esas hipótesis no son ciertas. Por ejemplo, North, Smith, y Spitznagel (1994), analizaron la existencia de efectos postraumáticos en 136 supervivientes de un tiroteo masivo en un lugar público; los resultados muestran concluyentemente que ni en situaciones como ésta los seres humanos tienen una reacción unánime de derrumbamiento emocional: al cabo de un mes sólo el 20% de los hombres y el 36% de las mujeres sufrían un TEPT. Los datos sobre el impacto emocional de los desastres naturales (ciclones, terremotos, erupciones volcánicas o inundaciones) aportan, en general, resultados incluso menores. Además, de los trabajos de Wortman y Silver (1989, 2001) se deduce que la mayoría de la gente que sufre una pérdida irreparable no se deprime, que las reacciones intensas de duelo y sufrimiento no son inevitables, y que su ausencia no significa necesariamente que exista o vaya a existir un trastorno. En un estudio efectuado por nuestro grupo en supervivientes del terremoto de El Salvador, en 2001, comprobamos que la mayoría de los supervivientes que vivían en albergues (n=115) todavía experimentaban emociones positivas significativas (ej.: disfrutar con

momentos lúdicos) y eran capaces de otorgar significado a lo sucedido y percibirse a sí mismos como mejor preparados para sucesos negativos futuros (Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales et al., 2005).

Sobre este tema, cabe resaltar las investigaciones durante la última década de Bonanno y su equipo sobre la resiliencia y los diferentes tipos de respuestas posibles frente a una situación (ver revisión en Bonanno, 2005). En estos estudios, estos autores encuentran resultados consistentes respecto a la prevalencia de cada una de las respuestas. De este modo (ver la figura 1), Bonanno sintetiza cuatro de las respuestas prototípicas (trastorno crónico, retardado, recuperación y resiliencia) después de un suceso traumático, teniendo en cuenta el nivel de interferencia que tiene el suceso en el funcionamiento cotidiano del sujeto durante los dos años siguientes a la pérdida o evento.

INSERTAR FIGURA 1

Como se puede observar en la figura, los resultados que obtiene este equipo son que la resiliencia es la reacción más frecuente (35-55%), es decir la interferencia en el funcionamiento tras la vivencia del suceso es ninguna o casi ninguna desde el mismo momento de su ocurrencia.

Además de las cuatro reacciones que estudia Bonanno en sus investigaciones (trastorno, trastorno retardado, recuperación natural y resiliencia), otros autores incluso han apuntado la existencia de otro tipo de consecuencia del trauma: el Crecimiento

Postrumático. Este término hace referencia a la posibilidad de aprender y mejorar a partir de los sucesos traumáticos de la vida. Teniendo en cuenta el artículo de Bonanno (2005), sorprende que la frecuencia de la respuesta de resiliencia sea la más frecuente. Del mismo modo, en los estudios sobre crecimiento postraumático, se encuentra que su frecuencia también es mayor de lo que en un principio cabría esperar (ej.: Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001).

De esta forma, las conclusiones que se derivan de los estudios sobre trauma, es que no hay una única forma de reacción frente a estas situaciones, y que las reacciones patológicas son menos frecuentes o persistentes de lo que la Psicología ha considerado hasta hace pocos años.

3.- Trauma y Crecimiento Postraumático.

Un grupo creciente de investigaciones empíricas revela que muchos supervivientes a un trauma también experimentan cambios psicológicos positivos después de esa vivencia. Algunos ejemplos de estos cambios son: una mayor gratitud hacia la vida, nuevas prioridades en la vida, sensación de mayor fuerza personal, o una mejora en las relaciones personales. Para describir este fenómeno, se han utilizado en Psicología diferentes términos, como por ejemplo, crecimiento relacionado con el estrés (Park, Cohen, y Murch, 1996), florecimiento (Ryff y Singer, 1998; Haidt y Keyes, 2003), beneficios percibidos (Calhoun y Tedeschi, 1991), cambios psicológicos positivos (Yalom y Lieberman, 1991), entre otros.

Quizá el término más adecuado sea el de crecimiento postraumático, por su clara descripción del fenómeno: “crecimiento” subraya que la persona tiene un desarrollo más allá de su nivel de funcionamiento previo y, por otro lado, con el término “postraumático” se acentúa que el crecimiento se da tras un suceso extremo, no por otros estresores menores ni como parte natural de un proceso de desarrollo personal (Zoellner y Maercker, 2006).

El concepto de crecimiento postraumático (CPT a partir de ahora) hace referencia al *“cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático”* (Calhoun y Tedeschi, 1999, p.11). Estos autores defienden que aunque la respuesta normativa universal ante un hecho traumático es el dolor y las vivencias negativas, hay personas que son capaces de ver elementos positivos en el proceso de lucha que iniciaron *tras* el hecho (no en el suceso mismo). Sin embargo, la vivencia de aprendizaje o crecimiento no anula necesariamente el sufrimiento sino que puede *coexistir* con él. Este elemento paradójico y contradictorio es clave para entender la profunda quiebra que el trauma puede hacer en un ser humano (Pérez-Sales, Fernández-Liria y Vega, 2006). Por ejemplo, parte de las personas que experimentan dicho crecimiento, continúan experimentando emociones negativas resultantes de la experiencia traumática (tristeza, ira, culpa, irritabilidad,...) e incluso, como proponen Calhoun y Tedeschi (1999), es posible que para experimentar dicho crecimiento sea necesaria la coexistencia en el individuo de emociones positivas y negativas. En muchos casos, sin la presencia de estas emociones negativas, al menos en su inicio, el CPT no se dará.

Un ejemplo de la coexistencia de consecuencias y emociones tanto positivas como negativas, lo encontramos en un trabajo de Yalom y Lieberman (1991). El estudio se llevó a cabo con una mujer 55 años que había perdido a su marido. Tras este suceso,

encontró una serie de beneficios y consecuencias positivas en su vida, como por ejemplo, dejar de fumar, comenzar a hacer ejercicio o descubrir lo importante de los pequeños detalles del día a día. Por otro lado, al mismo tiempo, se encontraba muy asustada por tener que enfrentarse sola a su nueva vida, tenía serias dudas acerca de cómo había elegido vivir su vida, comenzó a tener miedo de su propia muerte. Vemos, que, como afirman Calhoun y Tedeschi (1998), ante un suceso traumático, un sujeto puede vivir tanto cambios positivos como negativos.

En cuanto al concepto de CPT, en algunas ocasiones puede confundirse con otros conceptos como el de resiliencia, y de hecho, algunos autores parecen considerarlos sinónimos (Bonanno y George, 2004). Sin embargo, hemos de tener en cuenta que una respuesta de resiliencia, es la que logra que el suceso traumático no interfiera en la vida cotidiana, y además, sin experimentar síntomas psicopatológicos. Sin embargo, el CPT no sólo se refiere al mantenimiento de la funcionalidad anterior, sino que en cierto modo el suceso le lleva a una situación mejor en áreas de un profundo significado existencial (Calhoun y Tedeschi, 2000). Además, como hemos visto, el CPT puede coexistir con emociones negativas e incluso con sintomatología psicopatológica en algunos casos. El concepto de CPT hace referencia, por lo tanto, a un elemento transformacional de la experiencia que no conllevan necesariamente conceptos como optimismo, resistencia, resiliencia, o similares (ver Tedeschi y Calhoun, 2004).

Es importante tener en cuenta, que aunque el CPT puede ocurrir en personas expuestas a sucesos traumáticos de diversa índole, no todos los que viven un suceso de este tipo son capaces de encontrar consecuencias positivas o de experimentar beneficios (Park, 1998; Calhoun y Tedeschi, 1999). Como ha explicado con buen criterio Tzipi Weiss (2005) al relatar su experiencia con una dura enfermedad sufrida por ella misma,

los clínicos no han de esperar ni exigir que se cumpla esto como si fuera una meta en sus pacientes. Además, como veremos más adelante, aún sabemos poco sobre en qué medida y en qué ámbitos el CPT supone una mejora en la adaptación o el funcionamiento de quienes dicen experimentarlo.

Los estudios existentes sobre CPT se han efectuado normalmente con cuestionarios de autoinforme, dados en un momento determinado posterior a la experiencia traumática (véase una revisión en Linley y Joseph, 2004). Sin embargo, se necesitan estudios longitudinales que permitan apreciar la dinámica y cambios de este proceso esforzado y a menudo turbulento y con altibajos. De hecho, respecto a la *estabilidad* del crecimiento postraumático, varios estudios han encontrado que cuanto más tiempo pase desde el suceso traumático, mayor es dicho crecimiento (Cordova et al, 2001; Evers et al, 2001; Park et al, 1996,...). Pero otros estudios no han encontrado los mismos resultados (Fromm, Andrykowski, y Hunt, 1996; Milam, 2004; Park et al, 1996). Es poco probable que sea sólo el paso del tiempo lo que influya en el crecimiento postraumático independientemente de otros procesos cognitivos y sociales en los que se ve involucrada la persona afectada (Calhoun y Tedeschi, 2004). Cuando el crecimiento postraumático se mide longitudinalmente, unos autores encuentran que éste es bastante estable a lo largo del tiempo y otros que no es así. Así pues, ante estos resultados contradictorios hay una necesidad de realizar estudios más exhaustivos, dada la importancia de la perspectiva temporal del crecimiento postraumático. Quizá hallar algo positivo en lo sucedido puede no ser inmediato, como veremos más adelante, sino un producto o una reevaluación cuando se ha adquirido cierta distancia temporal. También es posible que en algunas personas, como ha hallado Milam (2004) en su muestra de pacientes con VIH, el CPT sea estable y en otras no, lo que en sí mismo merece atención de los investigadores de cara a futuros estudios.

3.1. Componentes del CPT.

No se puede equiparar el CPT con cualquier tipo de emoción o cognición positiva relacionada con el trauma. Por ejemplo, recibir una compensación económica por la muerte de un ser querido en modo alguno puede considerarse como algo relacionado con el CPT. Este supone un cambio de esquemas cognitivos y del modo en que uno enfoca la realidad. De hecho, una de las consecuencias que el trauma puede tener (especialmente en casos de violencia interpersonal) es la ruptura o el tambaleo del edificio cognitivo en que uno se asienta. Lo que el trauma puede romper, y esto es lo que felizmente se puede recomponer y mejorar en el denominado CPT (ver Vázquez y Pérez-Sales, 2003; Pérez-Sales et al., 2006) son las creencias básicas o supuestos nucleares sobre la realidad (Parkes, 1971, Janoff-Bulman, 1992).

Tedeschi, Park y Calhoun (1996), autores pioneros en el concepto de CPT, tras una revisión de la literatura que estudia aspectos de superación personal a partir de situaciones traumáticas agrupan estos aspectos de cambio positivo en 3 categorías:

- a) *Cambios en uno mismo*: Sentirse más fuerte, más reafirmado en uno mismo, con más experiencia y más capacidad para afrontar dificultades futuras. La persona desarrolla una autoimagen de fortaleza y mayor confianza en sí mismo para afrontar futuras adversidades. Sin embargo, de nuevo nos encontramos la coexistencia de lo positivo con lo negativo; esta sensación de fortaleza está unida con un sentimiento adquirido de vulnerabilidad, de saber que uno puede estar en el “ojo del huracán” en cualquier momento (Calhoun y Tedeshi, 2004).

- b) *Cambios en las relaciones interpersonales*: Se ven fortalecidas las relaciones con otras personas; es habitual que las familias perciban más unión a raíz del acontecimiento (Affleck, Tennen y Gershman, 1985). Por ejemplo, la muerte de un familiar puede hacer que los miembros de la familia se acerquen más entre sí al darse cuenta de la posibilidad de perderse (Vázquez y Pérez-Sales, 2003). Por otra parte, puede surgir la necesidad de compartir lo ocurrido y expresar sentimientos. Finalmente, se puede ver acrecentada por el suceso la necesidad de pedir ayuda, por lo que se puede ver aumentado el uso del apoyo social (McMillen, Smith y Fisher, 1997).
- c) *Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida*: Se aprecia más lo que se tiene, se valoran más los detalles y se discierne entre lo que es importante y lo que es accesorio o secundario. Un porcentaje importante de personas tras un hecho traumático cambia su escala de valores, dando prioridad a otros aspectos, tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las pequeñas cosas (Pérez-Sales, 2001).

No obstante, estas son algunas de las dimensiones potenciales existentes pero quizás puedan existir otras aún no suficientemente exploradas.

3.2. La extensión del fenómeno de CPT.

Respecto a la *prevalencia* del CPT, los resultados obtenidos en los estudios revisados han de ser tomados con cautela, ya que los porcentajes de crecimiento varían desde un 3% en sujetos que han sufrido una pérdida (Davis et al., 1998) al 98% en mujeres con cáncer de mama (Weiss, 2002), dependiendo de qué se mida y cómo se conciba el crecimiento.

Para estudiar el fenómeno del CPT, se han realizado estudios con grandes grupos de población que han encontrado resultados favorables que apoyan el hecho de que se trata de una respuesta común. Ejemplos de estos estudios que han utilizado muestras numerosas, son algunos que han evaluado a población expuesta a atentados terroristas, desastres naturales, agresiones sexuales o enfermedades graves. Un ejemplo, es un trabajo longitudinal realizado con una muestra de mujeres 171 que habían sufrido una agresión sexual recientemente. En este estudio se encuentra que la mayor parte de las mujeres refieren cambios positivos desde dos semanas después de la agresión, que van aumentando con el tiempo. Además, en consonancia con lo que se ha comentado anteriormente, también un porcentaje muy alto de las participantes percibieron algún cambio negativo, que en algunas ocasiones fue disminuyendo con el tiempo (Frazier, Conlon y Glaser; 2001).

En cuanto a investigaciones con sujetos que han sufrido enfermedades graves, encontramos numerosos ejemplos con población oncológica, que encuentra la existencia de CPT o percepción de beneficios en estos pacientes. En Hong Kong se realizó un estudio con 188 participantes que habían sobrevivido a un cáncer (Ho, Chan y Ho, 2004). Se encontró que los pacientes habían encontrado cambios positivos en cuatro áreas: relación consigo mismos, relaciones interpersonales, área espiritual y las prioridades de la vida. Además, se vio que un afrontamiento positivo fue el determinante más importante de crecimiento postraumático, si se compara con el papel del afrontamiento negativo y los síntomas psicológicos. En otro estudio realizado con madres cuyos hijos recién nacidos habían permanecido un largo período de tiempo en la unidad de cuidados intensivos, se encontró que un 70% de los padres informaban de que

su matrimonio había salido fortalecido de la experiencia vivida (Affleck y Tennen, 1991).

En cuanto a otro tipo de enfermedades, el número de referencias en la literatura disminuye notablemente. Por ejemplo un grupo de población que ha sido poco investigada desde el punto de vista de las emociones positivas, son los pacientes con problemas cardiacos. Aunque podemos encontrar algunos trabajos (Sheik, 2004 o Affleck, Tennen y Croog, 1987) es sorprendente que sean tan pocos dadas las implicaciones económicas que tienen estos problemas en la sanidad. Quizá el trabajo más interesante, dado el margen temporal que abarca, sea el de Affleck, Tennen y Croog (1987). Hay que tener en cuenta sus limitaciones metodológicas, dado que se trata de un estudio secundario a otro, por lo que no se controlaron muchas variables importantes. Fueron entrevistados 287 individuos que habían sufrido un ataque al corazón. Estas entrevistas se realizaron siete semanas después del suceso y ocho años más tarde. Las variables que se pudieron rescatar del estudio principal fueron: la percepción de beneficios, las atribuciones causales del ataque, la recuperación del superviviente y la repetición del ataque. Independientemente de las características sociodemográficas, los pacientes que refirieron haber percibido beneficios a las siete semanas de haber sufrido el ataque, tenían menos posibilidades de sufrir un segundo ataque y exhibían una mejor recuperación ocho años después. Entre los cambios que se dieron en estos pacientes, se encontró una mejora en los hábitos de salud (alimentación, ejercicio físico,...) o reconsideración de sus valores, prioridades y sus relaciones interpersonales. Por otro lado, los que atribuían el ataque a respuestas de estrés (como preocupaciones o nerviosismo), mostraron una peor recuperación a los ocho años. La culpabilización del ataque a otras personas fue predictiva de una mayor probabilidad de

sufrir una repetición del infarto. Finalmente, aquellos hombres que habían sufrido un nuevo ataque cardíaco en ese período de ocho años tendían a encontrar más beneficios que aquellos que no habían recaído.

3.3. Determinantes del CPT.

Todavía queda mucho por investigar acerca de qué características y qué variables determinan la aparición del CPT. En concreto, se ha tratado de averiguar cuáles son los rasgos de personalidad que facilitan u obstaculizan posibles cambios positivos después de una vivencia traumática. Veamos algunos de ellos.

a) *Características del suceso traumático.* Analizando los estudios que tuvieron en cuenta el tipo de evento, parece ser que es más probable que las diferencias en crecimiento postraumático dependan más de la experiencia subjetiva del suceso (como indefensión, controlabilidad, amenaza para la vida), que del suceso en sí (Briere y Elliott, 2000). Pero, en cualquier caso, autores como Tedeschi y Calhoun (2004) han sugerido que el CPT sólo puede darse en situaciones que los autores denominan “sísmicas” (Calhoun y Tedeschi, 1998), es decir, de una intensidad tan fuerte o continuada que ponen en cuestión esquemas básicos (ej.: confianza de vivir en un mundo justo, descreimiento en determinados valores, dudas de fe, etc.). De la pugna por recomponer este puzzle dañado es de donde eventualmente podría darse un proceso psicológico de reconstrucción que, podría llegar a cristalizar en lo que se denomina CPT. De todos modos, esta es una hipótesis que necesita ser contrastada pues es probable que, por ejemplo, no todos los sucesos estresantes puedan ser, por igual, disparadores de procesos de CPT. En este sentido, Wortman (2004) señala que es muy

poco probable que de la muerte de un ser querido pueda darse un resultado de CPT. Pero, a pesar de esta cautela, se han hallado respuestas de CPT en tipos de situaciones traumáticas tan diferentes como: cáncer (Collins, Taylor y Skokan, 1990; Cordova, Cunningham, Carlson, y Andrykowski, 2001), trasplante de médula ósea (Andrykowski, 1994), ataques cardíacos (Affleck et al., 1987), accidentes de tráfico (Joseph, Williams, y Yule, 1993), abuso sexual (Frazier, Conlon, y Glaser, 2001) o en desastres naturales (Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales et al., 2005) por poner algunos ejemplos. De modo que, aunque puede que haya diferencias aún no desveladas en la capacidad de diferentes tipos de experiencias traumáticas para activar procesos de CPT, existe un rango inicialmente muy amplio.

Pero no es la magnitud objetiva del trauma lo más importante. Mayores niveles de amenaza y daño *percibidos* están asociados con puntuaciones más altas en crecimiento postraumático. Sin embargo, esto no parece ser una relación lineal positiva, consistente entre el grado de trauma y el crecimiento. Fontana y Rosenheck (1998) y Schnurr y cols. (1993) hablan de una relación curvilínea entre los beneficios psicológicos y la exposición al trauma, siendo menores dichos beneficios cuanto más altos o más bajos sean los niveles de exposición. Situaciones traumáticas percibidas como devastadoras y brutales podrían bloquear, efectivamente, cualquier posibilidad de CPT. Esta relación se muestra gráficamente en la figura 2.

INSERTAR FIGURA 2

b) Variables sociodemográficas. Algunos autores sugieren que las mujeres experimentan mayores niveles de crecimiento que los hombres, pero los datos son

inconsistentes. Según el estudio que se tenga en cuenta, se encuentran estos resultados (ej.: Park et al., 1996; Tedeschi y Calhoun, 1996) o puntuaciones sin diferencias significativas entre sexos (ej.: Weiss, 2002).

Respecto a la edad, es probable que los sujetos más jóvenes pudieran presentar mayor probabilidad de experimentar crecimiento postraumático en la medida en que sus esquemas cognitivos sobre sí mismos y el mundo no están tan consolidados y, por lo tanto pueden ser más proclives a cambios y rupturas (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, y Calhoun, 2003). Pero se necesita mucha más información de la que disponemos para poder establecer conclusiones definitivas al respecto.

En cuanto a otras variables, algún estudio (ej.: Updegraff et al, 2002) encuentra que mayores niveles de educación e ingresos, están asociados con el crecimiento. Sin embargo, los mecanismos causales de estas relaciones no están claros; parece razonable pensar que podrían estar confundidos con otras variables psicosociales que tuvieran una relación más clara con el crecimiento postraumático.

c) *Rasgos de personalidad y estilos cognitivos.* Diversas variables ya sean rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento han aparecido como predictores del crecimiento experimentado por las personas expuestas a situaciones adversas. Por desgracia la mayoría de los estudios ha usado diseños transversales y ha empleado una serie muy limitada de instrumentos (Linley y Joseph, 2004) por lo que los resultados aún distan de ser concluyentes.

- En cuanto a la personalidad básica, parece que dos variables están específicamente relacionadas con el CPT: la “extraversión” y la “apertura a la experiencia” –es decir, estar interesado en situaciones, ideas, y experiencias nuevas –

(según se define en el NEO de Costa y McCrae, 1992). Más en concreto, las facetas específicas del NEO que tienen una mayor relación con el CPT, son la actividad, las emociones positivas, y la apertura a los sentimientos. Como señalan Tedeschi y Calhoun (2004) es posible que personas con estas tres características tengan así una mayor claridad hacia la presencia de emociones y cogniciones positivas en situaciones de adversidad y tengan un mejor punto de partida para poner en marcha mecanismos de reflexión y reconstrucción cognitiva postraumática (Maercker y Zoellner, 2004, 2006). Estos planteamientos son coherentes con la teoría que propone que una de las funciones de las emociones positivas es precisamente favorecer la construcción y ampliación de los repertorios habituales de pensamiento y conducta (Fredrickson, 2001). En este sentido, es importante apuntar que la *presencia* de aspectos emocionales positivos estén más relacionados con el CPT que la ausencia de negativos (Vázquez, Hervás y Pérez-Sales, 2006).

- El optimismo disposicional de la persona, es decir, la expectativa de que el futuro traerá más sucesos positivos que negativos (Scheier, Carver, y Bridges, 1994), aunque no parece tener una relación directa de gran magnitud con el CPT (Tedeschi y Calhoun, 1996), sí parece sin embargo contribuir a la elaboración de interpretaciones positivas acerca del trauma (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema y Davis, 2002). Por ejemplo, se siguió en un estudio longitudinal a una muestra de personas que habían sufrido la muerte de un familiar. El optimismo evaluado antes de la experiencia de la pérdida, fue la única variable capaz de predecir de forma significativa la capacidad para encontrar beneficios de la pérdida (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998). En cuanto a los mecanismos, se ha observado que el optimismo está ligado a un afrontamiento activo (Aspinwall, Richter, y Hoffman, 2001) siendo considerado dicho tipo de afrontamiento por algunos autores como una de las bases del CPT (Schaefer y Moos,

1992). Por otra parte, cabe la posibilidad de que personas altamente optimistas sean más capaces de encontrar soluciones rápidas y eficaces para manejar situaciones altamente adversas y, de este modo, paradójicamente, cortocircuitar procesos conducentes al CPT. De hecho, existe evidencia de que las personas altamente optimistas se desenganchan con más facilidad de problemas no solucionables o incontrolables (Aspinwall, Richter, y Hoffman, 2001).

Como se puede observar, la relación entre el optimismo y el CPT es muy controvertida. El propio concepto de CPT ha sido criticado por algunos por considerarlo como una especie de optimismo ilusorio, una crítica, por cierto, muy común cuando se defiende desde la Psicología la existencia de resultados positivos ante situaciones adversas (Avia y Vázquez, 1998). Sin embargo, la gente que experimenta CPT lo siente como algo genuino y verdadero y, además, las correlaciones entre optimismo y CPT suelen ser positivas pero nunca elevadas (Affleck y Tennen, 1996; Calhoun y Tedeschi, 2004). Siguiendo la distinción de Epstein y Meier (1989) sobre dos tipos de optimismo, es posible que el CPT tenga que ver no con un “optimismo ingenuo” sino con un “optimismo constructivo”. Es decir, no estaría relacionado con una idea trivial de que las cosas van muy bien y no hay que preocuparse de nada, o con un estilo de afrontamiento basado en la distracción -lo que parece obviamente contraproducente-, pero sí con un “optimismo constructivo” caracterizado por la idea de que las cosas irán bien porque uno pondrá en marcha los esfuerzos y recursos necesarios para manejar la situación (Taylor y Armor, 1996). Para Maercker y Zoellner (2004) hay que distinguir bien ambos tipos de optimismo pues pueden estar presentes en diversos momentos del proceso de CPT -como las dos caras del dios Jano, según sus palabras-. El optimismo ilusorio podría ser una característica más común de los procesos iniciales en muchos

afectados, mientras que el optimismo constructivo posiblemente sería más característico de quienes experimentan crecimiento.

- El concepto de “hardiness” (o resistencia), propuesto por Kobasa (1979), es otra variable de personalidad que se ha asociado al CPT. Incluye tres dimensiones diferenciadas, -Compromiso, Desafío y Control,- cada una de las cuales debería proteger de los efectos perniciosos del estrés. El compromiso hace referencia a la sensación de sentido experimentado en el mundo, el desafío es la disposición a interpretar los cambios como un requisito o una oportunidad para el crecimiento, y por último, el control que sería la capacidad percibida para dirigir el curso de los acontecimientos. Estudios recientes sugieren que estas variables podrían no sólo reducir el impacto del estrés, sino también eventualmente favorecer el crecimiento postraumático. Por ejemplo, en una muestra de excombatientes se observó que, entre aquellos que habían sido expuestos a mayor nivel de estrés, un mayor nivel de personalidad resistente aparecía asociado a un mayor número de cambios positivos (Waysman, Schwarzwald, y Solomon, 2001).

Algunos de los componentes de esta variable de “resistencia” han sido estudiados por separado usando medidas específicas. Por ejemplo, el locus de control (muy similar a la dimensión de control de la personalidad resistente) ha sido estudiado en su relación con el trauma, obteniéndose una relación positiva entre un locus de control interno y la experiencia de crecimiento postraumático tanto en muestras de estudiantes universitarios con experiencias de estrés recientes (Park et al., 1996), como en muestras de víctimas de bombardeos (Maercker, Herrle, y Grimm, 1999). La Sensación de Coherencia también ha sido estudiada por su posible papel en el crecimiento tras un trauma. Esta variable tiene una estrecha relación con la experiencia

de sentido, y por tanto, con la dimensión de sentido de la personalidad resistente. De hecho, es la dimensión de “Significado vital” la que ha aparecido asociada de forma empírica a una mayor tendencia a experimentar crecimiento postraumático (Znoj, 1999). En concreto, estas asociaciones se han encontrado en dos estudios diferentes, ambos descritos en Znoj (1999). El primero, con una muestra de 176 personas que han sufrido la pérdida de un hijo y el segundo con una muestra de 259 pacientes con lesiones medulares.

- Por último, la *resiliencia* –un anglicismo que hace referencia a la capacidad de adaptación ante circunstancias cambiantes y adversas (Block y Block, 1980)-, también puede tener un papel importante en la construcción de significados positivos. Esta hipótesis fue evaluada en un reciente estudio longitudinal con una muestra de personas expuestas a los atentados terroristas del 11-S en Nueva York (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003). Se observó que la resiliencia evaluada antes de los atentados, aparecía asociada a una mayor capacidad para encontrar un significado positivo en los acontecimientos. Además, la resiliencia apareció asociada a menores síntomas depresivos y a mayores aumentos en una medida global de recursos psicológicos (compuesta por subescalas de satisfacción vital, optimismo, y tranquilidad). Por tanto, parece que la resiliencia es un factor que permite la aparición de significados positivos y el crecimiento en diversas áreas de la personalidad. De forma complementaria, se realizaron análisis para evaluar la hipótesis de un posible efecto mediador del nivel de emocionalidad positiva experimentado tras el atentado. Tal y como se hipotetizó, las emociones positivas experimentadas durante el día del atentado y los días posteriores mediaron totalmente la relación existente entre la resiliencia y las variables de resultado (sintomatología depresiva y recursos psicológicos).

d) Estrategias de afrontamiento y apoyo social. Desde una perspectiva procesual, el CPT engarza con la literatura sobre coping y estrés de estas últimas décadas (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).. De hecho, muchos estudios sobre afrontamiento han subrayado que determinadas estrategias, como la denominada “reinterpretación positiva” (Scheier, Weintraub, y Carver, 1986), o el “afrontamiento transformacional” (Aldwin, 1994; Pargament, 1996) están enfocados a conseguir resultados positivos. Los datos existentes hasta ahora señalan que, en efecto, el afrontamiento centrado en el problema, así como la aceptación, la reinterpretación positiva y las estrategias religiosas positivas, están relacionados de forma positiva con el CPT (Linley y Joseph, 2004).

Las relaciones entre apoyo social y CPT son complejas y aún exploradas de modo insuficiente (ej.: con sencillos cuestionarios en estudios transversales que no capturan la dinámica compleja de las transformaciones continuas que se producen en el entorno social entre la persona que ha vivido una experiencia traumática y su entorno social cercano). En general, parece que el apoyo social *percibido* también está asociado con un mayor crecimiento, aunque no ocurre lo mismo con el apoyo social objetivamente recibido. Aunque la relación causal no está clara: puede ser que un mayor apoyo social percibido promueva el crecimiento postraumático, o también es posible que el propio crecimiento sea el que promueva una mayor percepción o búsqueda de apoyo social (Linley y Joseph, 2004). También, contar con apoyo efectivo y confianza puede ayudar a expresar narrativas ayudando así a cristalizar discursos sobre lo sucedido en una dirección de CPT o, por el contrario, en una dirección de quedar anclado e identificado con lo sucedido (ver Pérez-Sales et al., 2006; Pérez-Sales,

Cervellón, Vázquez et al., 2005). Sin duda es necesario realizar más investigación para conocer más sobre estos complejos procesos.

Las relaciones entre estas variables (optimismo, afrontamiento, resistencia, etc.) y el CPT están aún por explorar en profundidad. Una hipótesis interesante es que los procesos de CPT se activan y/o mantienen en personas que *no* son altamente eficaces en el manejo de situaciones extremas. Calhoun y Tedeschi (2004) han sugerido que las personas eficaces manejan tan bien las situaciones que la situación traumática no llega a conmover los cimientos de su funcionamiento y, por lo tanto, no se enzarzan en procesos de reflexión y transformación cognitiva típicos de las personas con un CPT resultante. De modo que necesitamos, de nuevo, estudios preferentemente longitudinales y con métodos cuantitativos y cualitativos que permitan desentrañar las relaciones entre estas variables.

e) Expresión del afecto. Finalmente, otro factor tener en cuenta es el de la posibilidad de expresar el afecto. Algunos estudios han demostrado que dar la posibilidad de expresar afectividad, a través de diarios escritos, por ejemplo, incrementa la posibilidad de generar CPT (Ullrich y Lutgendorf, 2002). Esta posibilidad expresiva está en íntimo contacto con las redes sociales y la disponibilidad de confidentes. En padres que habían perdido un hijo, Nolen-Hoeksema y Davis (1999) hallaron que incluso para los que tenían un estilo rumiativo elevado, disponer de personas a quienes contarle, aunque fuese especialmente duro, tenía un efecto beneficioso sobre su estado de ánimo a los 18 meses e incluso se asociaba positivamente con el CPT al cabo de ese tiempo (Nolen-Hoeksema y Larson, 1999). También, en pacientes con cáncer, tener amigos y familiares que no eviten hablar de estos temas favorece el CPT de las pacientes (Cordova, 1999; Cordova et al., 2001).

3.4. Procesos cognitivos implicados.

Es poco probable que los procesos implicados en el desarrollo del CPT sean diferentes a los que ya conocemos que intervienen en la gestión psicológica habitual del trauma (mecanismos de memoria, dotación de significados, apoyo social, estilos de afrontamiento, etc.). Ahora bien, queda por saber cuál es exactamente el modo de intervención de estos procesos para que, en unas personas se observe finalmente CPT y no en otras. Como hemos señalado anteriormente, sabemos poco sobre la dinámica de creación del CPT.

Las rumiaciones, intrusiones y evitaciones, al menos en la fase inicial del trauma (quizás meses o incluso unos pocos años) están, sorprendentemente, asociadas de modo positivo con el crecimiento postraumático (ej.: Bower et al., 1998; Ullrich y Lutgendorf, 2002). Por ejemplo, usando técnicas de ecuaciones estructurales, Hogan y Schmidt (2002) hallaron que los pensamientos e imágenes intrusivos están asociados a una búsqueda de apoyo y, en último término, a altas puntuaciones en CPT. Todo esto parece indicar que el procesamiento cognitivo intenso del trauma es necesario para reconstruir la percepción del mundo, rota tras el suceso (ej: Calhoun y Tedeschi, 1998; Janoff-Bulman, 1992). De esta forma, los autores del modelo del crecimiento postraumático consideran que aunque gran parte del pensamiento rumiativo es doloroso y vivido de forma angustiante, “dar vueltas a las cosas”, sobre todo al principio, es un componente imprescindible para facilitar el crecimiento postraumático. Este planteamiento es sumamente interesante pues indica, de un modo un tanto herético en la Psicología clínica actual, que las intrusiones y rumiaciones son elementos a la larga positivos al menos en determinados tipos de procesos y/o personas pues, en último término, parecen

ser una condición previa a la puesta en marcha y el resultado final del CPT. A pesar de estos hallazgos, hay una falta de acuerdo respecto a este tema, posiblemente debido a diferencias conceptuales de inicio (Vázquez y Pérez-Sales, 2003). Por ejemplo, los modelos que subrayan el componente nocivo de las rumiaciones (ej.: Lyubomirsky, Caldwell, y Nolen-Hoeksema, 1998; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) puede que tengan un concepto más restringido, y más ligado al ámbito de la depresión, que el concepto de rumiación que tienen los autores proponentes del concepto de CPT, para quienes “rumiación” equivale más bien a reflexión, solución de problemas y razonamiento (Calhoun y Tedeschi, 2004; Martin y Tesser, 1996). De hecho recientemente se ha comenzado a diferenciar dentro del constructo de rumiación, un componente positivo que es beneficioso a largo plazo (i.e. reflexión) de otro componente propiamente rumiativo que es perjudicial ya que aumenta las probabilidades de que se desarrolle un episodio depresivo (Treyner, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003).

Desde un punto de vista procesual, es probable que el CPT se genere a partir de componentes emocionales más automáticos de difícil manejo (intrusiones, pesadillas, flashbacks, etc.) que poco a poco van dejando paso a procesos más controlados y guiados por la reflexión y la atención a los cambios habidos aunque este proceso no tiene porqué ser conscientemente guiado (de hecho, muchas personas que manifiestan CPT dicen sentirse “sorprendidas” por el resultado, lo que sugiere que no ha sido una meta consciente autoimpuesta). De hecho, la gente hace esfuerzos por seguir adelante y vivir con su nueva situación y dentro de esa batalla es donde puede darse el CPT. Coincidimos con Tedeschi y Calhoun (2004) cuando afirman que: “el crecimiento postraumático es una consecuencia de los intentos para restablecer algunas pautas

cognitivas útiles para vivir, y no tanto de una búsqueda de significado o un intento de manejar el terror de la mortalidad” (p. 15).

En cualquier caso, estos mecanismos que requieren esfuerzo son necesarios si lo que se quiere es cambiar una estructura mental resquebrajada pero aún existente por otra nueva en la que se acomoden nuevos valores, prioridades, y metas vitales. Esta secuencia temporal parece relevante para comprender el CPT. En un estudio de Calhoun, Tedeschi et al. (2000) con padres a quienes se les había muerto un hijo, se observó que el pensamiento repetitivo no intrusivo que sucedía poco después de la pérdida del hijo estaba asociado positivamente con el CPT ($r = .38, p < .05$), pero el pensamiento repetitivo más reciente no tenía esa asociación. Este tipo de hallazgos pone de manifiesto, de nuevo, la necesidad de conocer mejor la secuencia o la dinámica de acontecimientos cognitivos asociados al desarrollo del CPT.

3.5. CPT y salud mental.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los distintos estudios sobre crecimiento postraumático podríamos pensar que este fenómeno tiene un importante papel adaptativo, es decir que afecta directamente a los niveles de malestar, depresión, sintomatología postraumática y otros síntomas de la salud mental. Sin embargo, encontramos que la evidencia para esta hipótesis, tiene un apoyo poco consistente. Algunos estudios no han encontrado ninguna relación importante entre crecimiento postraumático y el malestar psicológico (Cordova et al., 2001; Powell et al., 2003) u otras variables adaptativas (bienestar, satisfacción con la vida, etc.). No obstante, cuando sí se ha hallado alguna relación entre CPT y malestar psicológico, la relación es inversa (Frazier et al., 2001; Park et al., 1996).

Estos resultados parecen no depender de la naturaleza de la muestra, la naturaleza o gravedad del suceso traumático, o de los métodos usados para medir el crecimiento postraumático o las demás variables psicológicas (Zoellner y Maercker, 2006).

En general, parece no haber relaciones sistemáticas entre el crecimiento postraumático y los síntomas de TEPT u otras medidas inespecíficas de malestar en estudios transversales. En la mayoría de los casos el crecimiento postraumático y el TEPT parecen no estar relacionados (Maercker, 1998; Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi y Calhoun, 2003; o Znoj, 1999); o si lo están, entonces hay una relación positiva entre los dos (Schorr y Roemer, 2002). En contraste, los síntomas depresivos casi nunca muestran una relación positiva con el crecimiento postraumático. La depresión, o no está relacionada, o lo está negativamente con la percepción de crecimiento personal.

Sin embargo, cuando revisamos los estudios longitudinales se encuentra que el crecimiento postraumático predice futuras disminuciones del malestar en casos de exposición a traumas severos. Estos resultados recalcan la importancia potencial adaptativa del crecimiento postraumático (Zoellner y Maercker, 2006). Pero la relación entre CPT y adaptación es todavía confusa. Quizás, como sugieren Calhoun y Tedeschi (2004), tenga que ver con las medidas simples y ramplonas que utilizamos para evaluar adaptación y crecimiento pero, en todo caso, este es un punto que los defensores de la teoría del CPT habrán de aclarar en los próximos años pues tiene una importancia capital para poder valorar la importancia y el alcance del propio concepto. Naturalmente otra posibilidad es que malestar y CPT sean dos dimensiones hasta cierto punto independientes (ya hemos comentado el hecho de que el CPT no tiene porqué acabar o

bloquear el sufrimiento sino que, en cierto modo, se puede sumar a él como una experiencia añadida que dota de más complejidad a lo vivido). Las bajas correlaciones entre los instrumentos de CPT y medidas tradicionales de depresión, optimismo, bienestar, o neuroticismo avalan esta idea de una cierta independencia.

Los resultados indican que mientras que disminuir el malestar psicológico no necesariamente promueve el crecimiento, experimentar crecimiento promueve el ajuste postraumático y alivia dicho malestar (Davis et al, 1998; Frazier et al, 2001).

4.- Modelos teóricos del crecimiento postraumático.

Las teorías que defienden la posibilidad de un crecimiento o aprendizaje postraumático adoptan la premisa de que, de alguna manera, la adversidad puede a veces perder parte de su gravedad a través de -o gracias a- procesos cognitivos de adaptación consiguiendo no sólo restaurar las visiones adaptativas de uno mismo, los demás y el mundo que en un principio podían haberse distorsionado debido a la experiencia traumática, sino incluso fomentar la convicción de que uno es mejor de lo que era antes del suceso (Affleck y Tennen, 1996). Así, se ha propuesto que el crecimiento postraumático tiene lugar desde la *cognición*, más que desde la emoción (Calhoun y Tedeschi, 1999). En esta línea, la búsqueda de significado y las estrategias de afrontamiento cognitivo parecen ser aspectos críticos en el crecimiento postraumático (Park, 1998) aunque operando, eso sí, activadas por un suceso altamente emocional.

Otra de las cuestiones que aún no han sido resueltas en torno a este tema es la naturaleza del crecimiento postraumático. Así, este fenómeno puede ser interpretado desde dos perspectivas diferentes (véase la revisión de Zoellner y Maercker, 2006). De un lado, podemos pensar en el CPT como un *resultado* derivado de que el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que le llevan a encontrar beneficio en su experiencia (Schaefer y Moos, 1992, 1998; Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004). De otro lado, podemos concebir el crecimiento postraumático como una estrategia o un estilo habitual de afrontamiento, es decir, el sujeto utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, de forma que el crecimiento postraumático más que un resultado es en sí mismo un *proceso* (Park, 1998).

4.1. El crecimiento postraumático como *proceso*.

Los autores que plantean el crecimiento postraumático como un proceso sugieren que encontrar beneficios o experiencias de desarrollo personal en el contexto de una situación traumática puede tener efectos positivos sobre el proceso de superación de dicha experiencia. Por tanto, la percepción de beneficio sería en realidad un elemento más del proceso, que junto con otros, permitirían dotar de sentido al acontecimiento y así asimilarlo de forma adaptativa.

En general, estos autores proponen que la tarea básica de la persona que se enfrenta a una experiencia traumática es, de hecho, dotar a la experiencia de sentido (Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998; Filipp, 1999; Park y Folkman, 1997). Los acontecimientos traumáticos a menudo desafían nuestras creencias de que los sucesos vitales que nos ocurren son controlables, comprensibles y no aleatorios, y por esto la búsqueda de significado en respuesta a una pérdida o a un suceso traumático es esencial. En este sentido, según Philip (1999), tras una primera fase en la que la persona se centra

en asimilar la “*realidad perceptiva*” -fase dominada por procesos atencionales (defensa de ilusiones positivas, sesgos positivos en la percepción de uno mismo y esperanza) y comparativos (comparaciones paliativas por actuaciones sociales y comparaciones temporales), se abre otra etapa centrada en la “*realidad interpretativa*” basada en la necesidad de dotar de sentido a la experiencia.

Y es en este contexto de búsqueda de una interpretación con sentido, en la cual la percepción de beneficio sería uno de los factores que podría ayudar a dar un significado a la experiencia. Por ejemplo, cuando una persona que ha perdido un hijo en una situación traumática, descubre que fruto de ese suceso se ha desarrollado más unión con el resto de su familia, este elemento de crecimiento le puede permitir dotar de sentido a la experiencia y así favorecer su asimilación. En este caso como se puede observar, la percepción de crecimiento aparece como un elemento más del proceso que posibilitaría una mejor y más rápida adaptación a una situación adversa.

Otra forma de ver el papel del CPT como un proceso que favorece la adaptación aparece en la propuesta desarrollada por Park y Folkman (1997). Como decíamos, un suceso traumático puede tambalear muchas creencias y expectativas del afectado por lo que, según estos autores, el desafío del proceso de afrontamiento consistiría en integrar el *significado situacional* (evaluación del trauma) con el *significado global* de la persona (creencias duraderas y metas). Dentro del proceso de afrontamiento, percibir un beneficio en la situación puede facilitar un cambio en el significado de la misma para así ser adaptada al significado global, o en contraste, puede ayudar a modificar creencias globales de la filosofía de vida, para así asimilar el significado de la experiencia. Por ejemplo, las personas que han sufrido de cerca una catástrofe natural pueden sentir que la vida en esas circunstancias es incontrolable (significado situacional), o también, que a Dios no le importa el destino de los hombres (significado

global). Sin embargo, si fruto de la experiencia ha descubierto en sí mismo una gran capacidad para ayudar a otras personas o empalmar con ellas en sus desgracias (crecimiento postraumático), podría ser capaz de modificar el significado situacional y dejar de ver la situación de un modo tan incontrolable ya que, ahora, puede ser en parte controlada a través de la solidaridad; o de forma alternativa, cambiar el significado global y pensar que Dios se vale de los seres humanos como él para cuidar de otros también en situaciones difíciles.

4.2. El crecimiento postraumático como resultado.

Quizás los modelos más intuitivos son los que plantean el CPT como el *resultado* de un proceso. De hecho, las personas que manifiestan experiencias de CPT lo viven como algo resultante de un proceso a veces largo y doloroso.

Los modelos de Schaefer y Moos (1992) y el de Tedeschi y Calhoun (1995, 2004), han sido desarrollados explícitamente para ilustrar los mecanismos del CPT.

a) Modelo de crisis vitales y crecimiento personal (Schaefer y Moos, 1992). Es el modelo más general y clásico, y está elaborado desde una aproximación general de afrontamiento. Es bastante completo ya que incluye tanto *factores ambientales* (relaciones personales, apoyo social, recursos económicos,...) como *factores personales* (características socio-demográficas, resiliencia, optimismo, experiencias previas,...). Según esta propuesta, ambos grupos de factores estarían afectando la forma de experimentar las crisis vitales, es decir, determinarían los procesos de evaluación cognitiva y el tipo de afrontamiento empleados, los cuales a su vez estarían determinando las repercusiones de la crisis, incluyendo un posible CPT. Además de los factores ambientales y personales, estos autores también destacan la importancia de los *factores*

relacionados con el acontecimiento (efectos de la gravedad, duración, el momento de la crisis y su alcance en el sujeto).

b) Modelo revisado de crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004). En su “Modelo funcional-descriptivo del crecimiento postraumático”, describen dicho crecimiento sólo como una variable de resultado. El proceso de crecimiento es conceptualizado de la siguiente forma: un suceso traumático, de grandes proporciones, sacude o destruye algún elemento clave de los objetivos importantes de una persona y de su visión del mundo. Esto representa un desafío para las metas y creencias prioritarias, y para la capacidad de manejar el malestar emocional. El malestar emocional resultante inicia un proceso de rumiación recurrente y el individuo trata de dedicarse a conductas dirigidas a reducir ese malestar. Inicialmente, la rumiación es más automática que voluntaria y se caracteriza por frecuentes pensamientos respecto al trauma o temas relacionados. Después del éxito del primer afrontamiento (por ejemplo, reducción del malestar emocional, alejarse de los objetivos inalcanzables,...), la rumiación se transforma en un pensamiento más deliberado sobre el trauma y su impacto sobre la propia vida. La rumiación, en esta versión constructiva de procesamiento cognitivo (análisis de la nueva situación, búsqueda de significado y re-evaluación), se supone que tiene un papel clave en el desarrollo del crecimiento personal. El crecimiento postraumático es conceptualizado como un constructo multidimensional que incluye cambios en las creencias, metas, conductas e identidad personales.

Ambos modelos son complejos e incluyen modelos de predictores próximos y remotos. Aunque hay que tener en cuenta que, con algunas excepciones, los constructos propuestos son un poco generales y difíciles operativizar (ver Maercker y Zoellner,

2004, y Zoellner y Maercker, 2006). Debido a esto, son modelos difíciles de comprobar empíricamente, aunque pueden servir como un cuerpo de modelos heurísticos que guíen las cuestiones a investigar y animen a formulaciones más precisas de factores y predicciones teóricas.

En nuestra opinión, la presentación de las dos posiciones teóricas respecto al crecimiento postraumático (como resultado y como estrategia de afrontamiento), ha opuesto artificialmente ambas posturas. Muchos teóricos, de hecho, admiten que el CPT puede ser ambas cosas: estilo o proceso de afrontamiento y resultado del afrontamiento (Affleck y Tennen, 1996; Calhoun y Tedeschi, 2004; Maercker y Zoellner, 2004).

5. Direcciones futuras y utilidad clínica de la investigación sobre Crecimiento Postraumático.

La sensibilidad hacia los elementos positivos, como se puede inferir de la lectura de los otros capítulos de este libro, no es algo totalmente nuevo en Psicología. Por ejemplo, en los años 50 y 60 del S. XX, Abraham Maslow (1970) defendía la necesidad de estudiar a la “gente que de hecho sea sana” (p. 270) y, más recientemente, esto ha sido recogido con un nuevo impulso por la denominada Psicología Positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). El CPT se puede considerar, de hecho, un aspecto particular, en relación al trauma, de este énfasis renovado en los aspectos positivos del funcionamiento humano (Avia y Vázquez, 1998).

A pesar de que se trata de un fenómeno muy interesante para la psicología, nos encontramos que el CPT todavía no ha sido definido teóricamente con precisión, aunque en todo caso los modelos propuestos están teniendo un notable valor y utilidad.

Respecto a la metodología usada para la investigación del CPT, nos encontramos con dos problemas importantes. En primer lugar es necesaria la utilización de instrumentos validos y fiables. Hasta el momento, en muchos estudios se han usado entrevistas o preguntas abiertas lo cual reduce mucho la fiabilidad de la recogida de datos (ej: ¿ha habido algún beneficio como consecuencia de su experiencia?). También se han publicado varios cuestionarios de autoinforme, aunque sólo dos de ellos están validados y estandarizados (PTGI; Tedeschi y Calhoun, 1996; y SRGS; Park et al., 1996; para más información sobre la medición del CPT ver Cohen, Hetter y Pane, 1998; Linley y Joseph, 2004). Esto puede explicar la poca consistencia, e incluso contradicción, que hemos descrito sobre los resultados de las investigaciones en este campo, y resalta la importancia de disponer y usar buenos instrumentos.

El otro problema metodológico es la falta de estudios longitudinales sobre el CPT. A pesar de las contradicciones citadas previamente, cuando revisamos los estudios longitudinales que hay, comienzan a darse conclusiones más consistentes entre diferentes estudios, lo cual podría indicar la existencia de ciertas variables no controladas en los estudios transversales que alteran los resultados encontrados.

Estos y otros problemas, están limitando en cierto grado la investigación del CPT y la generalización de los resultados. Por ejemplo, aunque a cualquier clínico le parecería lógico pensar que el crecimiento postraumático debería ir unido a una mejor adaptación psicológica o un menor malestar, hemos visto que en muchos casos no ha quedado suficientemente demostrado, quizá por limitaciones metodológicas. En

resumen, las investigaciones futuras deberían tener especial cuidado en la metodología y tratar de cuidar la medición de este fenómeno.

Habiendo perfilado algunos aspectos críticos y preocupaciones sobre el concepto y la investigación del CPT, habría que tener en cuenta que es como un concepto que vale la pena ser investigado para su integración en la práctica clínica. La psicología dedicada al trauma, se ha enfocado demasiado tiempo únicamente a los efectos perjudiciales de estas experiencias adversas y ha encorsetado el entendimiento de la recuperación psicológica dentro de un modelo orientado al déficit. Pero se trata de considerar el CPT como un resultado potencial de afrontamiento al trauma, que viene a complementar, no a sustituir, la actual perspectiva clínica.

Respecto a este tema, y después de haber observado que no todas las personas son capaces de obtener algún tipo de beneficio a raíz de un suceso traumático, hay que preguntarse si es lícito fomentar este fenómeno en la práctica clínica. Según algunos autores, el CPT debería ser descubierto por el propio sujeto, aunque el psicólogo debería estar atento a percibir algún signo de CPT para poder alentar su desarrollo (Calhoun y Tedeschi, 1999). Otra forma alternativa de afrontar las intervenciones para potenciar el crecimiento postraumático puede consistir en favorecer la aparición de ciertos estilos de afrontamiento y actitudes que la investigación ha mostrado asociados al crecimiento como por ejemplo la resiliencia, la reflexión, un afrontamiento activo, la expresión del afecto, o experimentar emociones positivas. De esta forma, se evitaría el problema de forzar a la persona a percibir posibles beneficios de la situación, mientras que se estaría colaborando en la creación de un caldo de cultivo en el cual la percepción de crecimiento pueda originarse de forma natural.

En todo caso, la posibilidad de que los niveles de resiliencia o resistencia puedan ser incrementados en los individuos está aún en tela de juicio (Bartone, 2000). La

investigación futura sobre los procesos subyacentes al CPT será clave para poder desarrollar estrategias de intervención específicas así como para alentar la comprobación empírica de la aplicación terapéutica de esta línea de investigación. Los beneficios que se podrían derivar de estas aplicaciones serán de un gran valor tanto a nivel psicológico y humano, como a nivel económico.

6. Resumen final

En este capítulo hemos pretendido explicar cómo las personas que se enfrentan a situaciones adversas o potencialmente traumáticas, independientemente de desarrollar reacciones patológicas en unos casos, y de resiliencia en otros, pueden en muchas ocasiones experimentar algunos beneficios fruto de la experiencia vivida. Tras delimitar el concepto de crecimiento postraumático, evaluar su presencia relativa, y describir su contenido -las distintas facetas en las cuales las personas suelen percibir beneficio-, se han repasado las teorías más importantes que tratan de explicar este fenómeno, así como los mecanismos específicos por los cuales se pueden llegar a originar consecuencias positivas de acontecimientos negativos. Además, a lo largo del capítulo se han discutido los factores metodológicos que es importante tener en cuenta para juzgar la evidencia disponible así como diversas sugerencias de investigación para el futuro.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA), (1980). *Diagnostic and Statistical Manual-III (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA), (1994). *Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA), (2000). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washintong D.C.: American Psychiatric Association.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, *64*, 900-922.
- Affleck, G., Tennen, H., & Croog, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 29-35.
- Affleck, G., Tennen, H., & Gershman, K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: The search for mastery, meaning and protection from future harm. *American Journal of Mental Deficiency*, *89*, 652-656.
- Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, R. (1991). *Infants in crisis. How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: Springer.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development*. New York: Guilford.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 21-27.
- Andrykowski, M. (1994). Psychiatric and psychosocial aspects of bone marrow transplantation. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, *35*, 13-24.
- Aspinwall, L. G., Richter, L., & Hoffman, R. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptative moderation of belief and behavior. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & Pessimism: Implications for theory research and practice* (pp. 217-238). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Avia, M. D., & Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bartone, P. T. (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War. In J. M. Violanti, D. Patton & D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, issues and perspectives*. Springfield, I.L.: C. C: Thomas.

- Block & Block (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behaviour. En W.A. Collins (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology: Vol 13. Development of cognition, affect, and social relations* (pp. 39-101).
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of Potential Trauma. *American Psychological Society, 14*, 135-138.
- Bonanno, G. A., & George, A. (2004). Loss, Trauma and Human Resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD 4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 979-986.
- Briere, J., & Elliott, D. (2000). Prevalence, characteristics and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 661-679.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1991). Perceiving benefits in traumatic events: Some issues for practicing psychologists. *Journal of Training & Practice in Professional Psychology, 5*, 45-52.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues. Special Issue: Thriving: Broadening the paradigm beyond illness to health, 54*, 357-371.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2000). Early posttraumatic interventions: Facilitating possibilities for growth. In J. M. Violanti, D. Patton & D. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Interventions: Challenges, Issues and Perspectives*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15*, 93-102.
- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Fulmer, D., & Harlan, D. (2000). *Parental bereavement rumination and posttraumatic growth*. Poster session presented at the meeting of the American Psychological Association. Washington, DC.
- Cohen, L. H., Hetter, T. R., & Pane, N. (1998). Assessment of posttraumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Ed.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 23-42). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263-285.
- Cordova, M. J. (1999). *Cognitive processing and negative psychosocial sequelae of breast cancer*. Unpublished doctoral dissertation. University of Kentucky, Lexington.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic Growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Costa, P., & McCrae, R. R. (1992). Four ways factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-665.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavourable thinking: The illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Everstine, D. S., & Everstine, L. (1993). *The trauma response: Treatment for emotional injury*. New York, NY, US: W. W. Norton & Co, Inc.
- Filipp, S. H. (1999). A three-stage model of coping with loss and trauma. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (pp. 43-78). Seattle, WA: Hogrefe and Huber.
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1998). Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 485-505.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-1055.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions

- following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Fromm, K., Andrykowski, M., & Hunt, J. (1996). Positive and Negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for Quality of Life Assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 221-240.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., et al. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Haidt, J., & Keyes, C. L. M. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ho, S. M. Y., Chan, C. L. W., & Ho, R. T. H. (2004). Posttraumatic Growth in chinese cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 377-389.
- Hull, A. M., Alexander, D. A., & Klein, S. (2002). Survivors of the Piper Alpha platform disaster: long-term follow-up study. *British Journal Psychiatry*, 181, 433-438.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (1993). World disaster report, 1993. Dordrecht, Holanda: Martinus Nijhoff
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 271-279.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 166-177.

- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extremlastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst.
- Maercker, A., Herrle, J., & Grimm, I. (1999). Dresdener Bombennachtsoffer: 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho-und salutogenetischer variablen (Dresden bombing nighth victims 50 years later. A study of patho-and salutogenic variables). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und-Psychiatrie*, *12*, 157-167.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, *15*, 41-48.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecompte, J., & Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. In M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Clarifying our thoughts. In R. S. Wyer (Ed.), *Rumitative thought: Advances in social cognition* (Vol. 9, pp. 189-209). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maslow, A. H. (1970). New introduction: Religions, values and peak-experiences. *Journal of Transpersonal Psychology*, *2*, 83-90.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience proceses in development. *American Psychologist*, *56*, 227-238.
- McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 733-739
- McNally, R. J., R.Bryant, & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from traumatic stress? *Psychological Science in the public interest*, *4*, 45-79.
- Milam, J. E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patiens. *Journal Applied Social Psychology*, *34*, 2353-2376.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). Growth and resilience among bereaved people. In J. E. Hillham (Ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E.P. Seligman. Laws of life symposia series* (pp. 107-127). Philadelphia, US: Templeton Foundation Press.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*, 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2002). Positive responses to loss: Perceiving benefits and growth. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 598-606). New York, US: Oxford University Press.

- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 115-121.
- North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *Archives of General Psychiatry*, *151*, 82-88.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 215-240). Washington, DC: American Psychological Association.
- Park, C. L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, *54*, 267-277.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, *64*, 71-105.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, *1*, 115-144.
- Parkes, C. M. (1971). Psycho-social transitions: A field for study. *Social Science & Medicine*, *5*, 101-115.
- Peñacoba, C., & Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, *58*, 61-96.
- Pérez-Sales, P. (2001). *Conservar el control sobre la propia vida. Situación de los albergues de El Cafetalón y Santa Gertrudis*. UCA-MSF-Holanda. El Salvador, 2001.
- Pérez-Sales, P., Fernández-Liria, A., y Rodríguez, B. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Pérez-Sales, P., Cervellón, P., Vázquez, C., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Posttraumatic factors and resilience: The role of shelter management and survivors' attitudes after the earthquakes in El Salvador (2001). *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *15*, 368-382.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Traumatic Stress*, *59*, 71-83.

- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 213-235). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149-170). Westport, CT: Praeger.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-126). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 1063-1078.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1257-1264.
- Schnurr, P. P., Rosenberg, S. D., & Friedman, M. J. (1993). Change in MMPI scores from college to adulthood as a function of military service. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 288-296.
- Schorr, Y. H., & Roemer, L. (2002). *Posttraumatic meaning making: Toward a clearer definition*. Poster presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies in Baltimore, Maryland, USA.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: on depression development, and death*. San Francisco: Freeman (Trad. cast. en Madrid: Debate, 1981).
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Sheikh, A. I. (2004). Posttraumatic Growth in the Context of Heart Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *11*, 265-273.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, *64*, 873-898.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*, 489-502.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand aks, CA: SAGE Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2000). Posttraumatic growth: A new focus in psycho traumatology. *Psy-talk, Newsletter of the British Psychological Society Student Members Group, April 2000*.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1996). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Treynor, W., Gonzalez, R., y Nolen-Hoeksema S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 247-259.
- Ullrich, P. M., & Lutgendorf, K. (2002). Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression. *Annals of Behavioral Medicine, 24*, 244-250.
- Updegraff, J. A., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. (2002). Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28*, 382-394.
- Vázquez, C., (2005) Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S (USA) y del 11M (Madrid): Mitos y realidades. [Stress reactions of the general population after the terrorist attacks of S11 (USA) and M11 (Madrid, Spain): Myths and realities]. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology, 1*, 9-25. (http://www.us.es/apcs/doc/APCS_1_esp_9-25.pdf).
- Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en Perspectiva. *Papeles del Psicólogo, 27*, 1-2.
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. In A. Bulbena, G. Berrios & P. F. D. Larrinoa (Eds.), *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Cervellón, P. Pérez-Sales, P., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 313-328.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Pérez-Sales, P. (2006, Julio). The role of positive emotions on the psychological reactions following the Madrid March 11, 2004 terrorist

- attacks. Presentación realizada en la 3rd European Conference on Positive Psychology, Braga, Portugal.
- Vázquez, C., & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, *9* (2-3), 231-254.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Matt, G. (2006). Post-Traumatic stress reactions following the Madrid March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, *9*, 61-74.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *14*, 531-548.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, *20*, 65-80.
- Weiss, T. (2005). A researcher's personal narrative: Positive emotions, mythical thinking and posttraumatic growth. *Traumatology*, *11*, 209-219.
- Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, *15*, 81-90.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 349-357.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (2001). *The myths of coping with loss revisited*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, *54*, 334-345.
- Znoj, H. J. (1999, Agosto). *European and American perspectives on posttraumatic growth: A model of personal growth: Life challenges and transformation following loss and physical handicap*. Presentación realizada en la 117th Annual Convention of the APA, Boston, USA.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, In press.

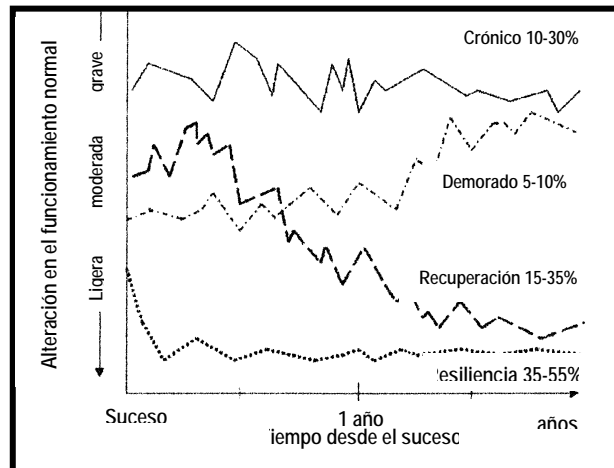


Figura 1: Trayectorias prototípicas de la interferencia de un suceso traumático, en el funcionamiento normal, a lo largo de dos años (Bonanno, 2005).

