



EMOCIONES POSITIVAS, TRAUMA Y RESISTENCIA

Carmelo Vázquez* y Pau Pérez-Sales**

*Universidad Complutense de Madrid, ** Servicio de Salud Mental de Parla (Madrid)

2003, 9(2-3), 231-254

Resumen: En este trabajo planteamos un nuevo marco para reconceptualizar el trauma y el estrés postraumático desde el ámbito de las emociones positivas. Los modelos clínicos en Psicopatología han centrado sus esfuerzos explicativos y descriptivos en el ámbito de la vulnerabilidad y los déficit. Sin embargo, la investigación psicológica de la última década ha ido poniendo de manifiesto claramente que para la explicación del funcionamiento humano es necesario tener en cuenta las emociones y cogniciones positivas. En este trabajo hacemos un repaso al papel que tales elementos positivos (rasgos de personalidad, mecanismos de autorregulación positiva, etc.) pueden tener no tanto como elementos auxiliares o complementarios sino como auténticas piezas centrales para dar cuenta de la respuesta humana ante la adversidad. Una reconceptualización del trauma desde esta perspectiva puede ayudar a entender fenómenos como los de la resistencia o la invulnerabilidad psicopatológica ante dificultades graves de la vida y puede, asimismo, ayudar a desarrollar estrategias de prevención e intervención amparadas en este nuevo modo de entender la respuesta ante situaciones difíciles o incluso traumáticas.

Palabras Clave: Trauma, Emociones positivas, Vulnerabilidad, Crecimiento postraumático, Resistencia

Introducción

La investigación sobre los efectos psicopatológicos de los hechos traumáticos se ha convertido últimamente en una de las áreas más prolíficas en Psicología Clínica y Psiquiatría. Dentro del espectro de hipótesis etiológicas sobre los trastornos mentales, los trastornos relacionados con las experiencias traumáticas son el caso más para-

Abstract: In this paper we defend a new framework, based in positive emotions, to conceptualize posttraumatic stress reactions. Clinical models of psychopathology have traditionally focused on issues as vulnerability and deficits. Yet, psychological research in the last decade has shown that positive emotions and cognitions are necessary to understand human psychological functioning. We review the role that such positive elements (e.g., personality traits, emotional positive self-regulation, etc.) may have to fully understand human response in facing adversity. A reconceptualization of trauma from that new point of view may also help to understand such common phenomena as resilience, or posttraumatic growth. That approach may also help to develop effective preventive and therapeutic strategies to deal with trauma responses.

Key words: Trauma, Positive emotions, Vulnerability, Posttraumatic growth, Resilience

Title: *Positive emotions, trauma, and resistance*

“En aquella primavera de 1943 yo estaba seguro de ser inmortal. Al menos invulnerable”.

Jorge Semprún
(*Viviré con su nombre, morirá con el mío*, p. 115)

digámico de causación exógena: mientras que los trastornos de personalidad serían el caso más extremo de la influencia de factores de vulnerabilidad previos o premórbidos, los trastornos relacionados con el trauma ocuparían el polo opuesto pues se explicarían por el solo peso del impacto de un factor externo. Sin embargo, las cosas distan de ser tan sencillas. Aunque el panorama teórico está cambiando en los últimos años, en la definición de este tipo de trastornos traumáticos -cuyo caso más extremo y conocido son los síndromes relacionados

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Carmelo Vázquez, Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid.
e-mail: cvazquez@psi.ucm.es

© Copyright 2003: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

con el estrés postraumático- se trató de minimizar el papel que los factores personales pudieran tener en su curso y aparición. Bajo el pretexto de defender a las víctimas, se daba por supuesto que *cualquier persona* bajo unas circunstancias adversas semejantes desarrollaría una respuesta traumática. El concepto “universalista” de trauma en el DSM-III (APA, 1980) y el DSM-III-R (APA, 1987) encajaba justamente en este supuesto tan poco científico como bien intencionado- Yehuda y McFarlane (1995).

Esta vieja concepción universalista del concepto de “trauma” hizo que prácticamente se ignorasen factores diferentes a la propia naturaleza del trauma en la predicción de la magnitud de la respuesta traumática. Sólo más recientemente, y con definiciones menos generalizadoras (como la incluida en el DSM-IV, por ejemplo)¹, han comenzado a estudiarse *factores de riesgo* o de vulnerabilidad relacionados con los trastornos relacionados con el trauma. Sin embargo, existe proporcionalmente muchísima menos literatura que haga énfasis en los *aspectos de resistencia*² dentro de la respuesta a hechos traumáticos. El objetivo de este artículo es efectuar una aproximación conceptual a la necesidad de tener en cuenta estos últimos aspectos para poder comprender de un modo más completo el fenómeno del trauma y sus respuestas.

Psico(pato)logía, vulnerabilidad y emociones positivas

Las necesidades de servir a la población que sufre trastornos mentales y de definir, en consonancia con ello, cuáles son las principales formas de sufrimiento no deben impedirnos la construcción de una psicología que busque los factores individuales y educativos que contribuyen a la resistencia ante la adversidad y, en cierto modo, favorecen un mayor disfrute con la vida (Seligman, 1998).

Aunque el análisis de fortalezas y virtudes psicológicas no es nuevo en Psicología (Fernández-Ballesteros, 2003), la psicología contemporánea debería ser capaz de contribuir a la creación de teorías y modelos consistentes sobre estos aspectos que contrapesen y, sobre todo, completen los muchos modelos existentes sobre las debilidades y modos de presentar patología (Gilham y Seligman, 1999). Nuestro punto de vista es que la comprensión completa de muchos fenómenos clínicos no se puede entender, incluso desde una perspectiva estrictamente psicopatológica, sin atender a factores relacionados con *aspectos positivos* del funcionamiento humano (ej.: la emocionalidad positiva, sesgos cognitivos positivos, creencias básicas sobre el funcionamiento del mundo y de las relaciones, etc.). En este trabajo pretendemos justamente reflexionar sobre la importancia teórica y clínica del hecho de que ante un hecho traumático la mayoría de los afectados es capaz de desarrollar una respuesta adaptativa. Para la mayoría de hechos traumáticos la población de supervivientes o de resistentes es mayor que la de víctimas.

Muchos modelos explicativos del trauma y sus consecuencias se han basado históricamente más en prejuicios e ideas preconcebidas sobre cuál *debería ser* la respuesta ante situaciones traumáticas (ej.: la creencia de que una reacción sana ante la pérdida de un ser querido “debe ser” la desolación o el dolor intenso) que ante lo que *realmente es* dicha respuesta en los seres humanos (Avia y Vázquez, 1998). Comprender mejor los factores que hacen que la gente resista los embates de la vida nos ayudará a comprender mejor cuáles son los déficit reales de quienes sucumben y qué factores han de ponerse en marcha para lograr intervenciones eficaces. Esta aproximación tiene, además, indudables consecuencia preventivas al enfatizar más los factores que pueden aumentar la resistencia

que en proponer nuevos modos de afrontar el daño traumático.

En este sentido, una buena parte de la investigación epidemiológica en Psiquiatría y Psicología clínicas se ha centrado en el concepto de *vulnerabilidad*. Aunque el concepto de vulnerabilidad o de riesgo tiene varias acepciones (ej.: riesgo individual, riesgo etiológico, riesgo relativo, fracción etiológica de riesgo, riesgo atribuible, poblaciones socioeconómicamente o psicológicamente frágiles, etc.) -Jenicek y Cléroux, 1987- en el contexto clínico se entiende como cualquier factor que incrementa la probabilidad de padecer un trastorno dado. Los modelos clínicos son probabilísticos y el objetivo de la investigación etiológica es hallar factores de riesgo asociados a determinadas condiciones. Prácticamente todos los modelos complejos explicativos de trastornos como la esquizofrenia o la depresión o la ansiedad cada vez se autoproclaman más como «modelos de vulnerabilidad» o de diátesis (Sanz y Vázquez, 1995; Obiols et al., 1999) enfatizando así esa concepción de que no hay factores determinantes de patología. Sin embargo, este énfasis en la idea de la vulnerabilidad, aun siendo conceptualmente útil en el ámbito del trauma, puede que sea insuficiente. La asunción implícita de la mayoría de estos modelos es que el concepto de vulnerabilidad es dimensional (cada factor de riesgo impacta según un gradiente a cada individuo) y unifactorial. Es decir, se supone que el riesgo viene determinado por estar expuesto a un determinado factor y la protección o la inmunización frente a ese trastorno viene determinada por la ausencia de exposición a ese factor. Sin embargo, es posible que los factores de resistencia no se sitúen en la misma dimensión que los de vulnerabilidad sino que sean factores diferentes o pertenezcan a dominios distintos. Es decir, es posible que los factores de resistencia no sean una mera ausencia de los factores de vulnerabilidad o viceversa.

Emociones positivas, trauma y regulación emocional

Un cambio conceptual semejante se está produciendo, por ejemplo, en la conceptualización de la depresión en la que modelos recientes explicativos (MacLeod y Byrne, 1996; Champion y Power, 1995) consideran que ya no es suficiente apelar a factores negativos (ej.: procesamiento selectivo de información negativa) para explicar este trastorno sino que hay que tener también en cuenta cómo se procesa la información positiva. El afecto positivo y el afecto negativo puede que sean dos dimensiones ortogonales (Russell y Carroll, 1999a, b; Watson y Tellegen, 1999) y, en el caso de los trastornos depresivos, ambas son simultáneamente necesarias para comprender mejor lo que es la depresión. Por ejemplo, el conocido modelo tripartito de la ansiedad y la depresión (Sanz y Vázquez, 1991; Watson et al., 1995; Brown, 1997) plantea que la depresión y la ansiedad comparten la disforia o afecto negativo pero su característica diferenciadora es que en la depresión hay, además, una ausencia de afecto positivo (*anhedonia*) que no está presente en la ansiedad. Todo esto hace pensar que el análisis de la Psicopatología no debe concluir en el análisis de elementos mórbidos negativos sino también, en muchas ocasiones, en el análisis paralelo de déficit en recursos o elementos positivos.

Las emociones positivas pueden jugar un papel específico en el mantenimiento de la salud de un modo aún no bien comprendido. Hay alguna evidencia, en estudios longitudinales prospectivos, de que elementos como el optimismo o un estilo atribucional positivo, tienen una cierta influencia sobre la probabilidad ulterior de padecer infecciones comunes como resfriados (Peterson y Bossio, 1991), la recuperación tras un ataque cardíaco (Buchanan y Seligman, 1991 -cit. en Peterson, Maier y Seligman, 1993), la percepción subjetiva

del estado mental y físico (Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord, 2002) o incluso la longevidad (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988; Peterson, Seligman, Yurko, Martin, y Friedman, 1998; Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord, 2000; Danner, Snowdon y Frieser, 2001). En concreto, en este último y ya famoso estudio, conocido como el Estudio de las monjas (The Nun Study), Danner y sus colegas han utilizado el legado personal donado por una congregación de monjas para el estudio del Alzheimer. Estos autores se han centrado en el análisis lingüístico de unos escritos personales (una carta dirigida a la superiora de la congregación sobre los motivos de la incorporación a la orden religiosa) efectuados hacia 1930. La codificación de las cartas en términos de emociones positivas y negativas contenidas en las mismas, ha demostrado que mientras que las emociones negativas no tenían ningún efecto predictivo en la longevidad, las emociones po-

sitivas (¡escritas hace 70 años!) tienen un efecto muy significativo. En efecto, hay una alta correlación entre la intensidad en la expresión de tales emociones y la longevidad: las monjas que mostraban una mayor expresión de emociones positivas vivieron aproximadamente 7 años más que aquellas que mostraban menos emociones positivas en su descripción autobiográfica³.

Quizás el aspecto más llamativo de este estudio es el de la demostración (en un estudio longitudinal retrospectivo y naturalista) de que las emociones positivas pueden tener efectos protectores no equiparables a los de las emociones negativas.

Las emociones y afectos positivos, a pesar de no producir efectos tan inmediatamente visibles como las emociones negativas, tienen un amplio efecto sobre el comportamiento humano (Isen, 2000, 2002; Aspinwall, 2001; Fredrickson, 2001; Avia y Vázquez, 1998)- ver Tabla 1.

Tabla 1. Efectos del afecto positivo hallados en estudios empíricos (Avia y Vázquez, 1998; Isen, 2000, 2002; Aspinwall, 2001; Fredrickson, 2001).

- El juicio hacia los demás y hacia uno mismo es más indulgente.
- Hace codificar y recuperar mejor recuerdos positivos.
- Genera un pensamiento más flexible y creativo.
- Ayuda a generar más repertorios de conducta.
- Permite el cambio constructivo, no defensivo o forzado. Reduce la dubitación.
- Se generan conductas altruistas.
- Permiten contrarrestar el impacto (intensidad, frecuencia, o duración) de afectos negativos
- Se tolera mejor el dolor físico.
- Favorece la resistencia ante la adversidad.

De un modo análogo, es razonable suponer que las emociones y sentimientos positivos pueden ser también muy importantes para atenuar o modular el impacto de una situación potencialmente traumática. Por ejemplo, se ha demostrado que factores relativamente estables de personalidad (p.e.

felicidad u *optimismo*) pueden servir como moderadores del impacto de los estresores vitales (Lyubomirsky, 2001; Cummins y Nistico, in press). Efectivamente, diversos estudios han comprobado que al confrontar hechos vitales negativos, las personas que

previamente se sienten más felices, optimistas o con mayor bienestar psicológico:

1. tienden a *evaluar* esos hechos adversos de un modo más benévolo, derivando incluso consecuencias positivas de las experiencias negativas vividas (Folkman, 1997; DeNeve y Cooper, 1998)
2. contemplan el *futuro* de manera más positiva (Taylor y Armor, 1996; Scheier y Carver, 1992)
3. sienten una mayor capacidad de *control* personal sobre sus logros (Cummins y Nistico, en prensa). En efecto, para poder enfrentarse de manera efectiva con un hecho traumático es muy importante que los individuos creen en sus propias posibilidades o tengan una alta sensación de auto-eficacia. A pesar del control objetivo que se pueda ejercer en una situación determinada, la percepción de “haber perdido el control” puede tener efectos devastadores sobre la salud psicológica y psicofísica (Seligman, 1975, 1990; Thompson, 2002)⁴.
4. sienten más *confianza* en sus propias habilidades y recursos para superar la dificultad (Taylor y Brown, 1988),
5. realizan *comparaciones* sociales de un modo adaptativo (Taylor, Wood y Lichtman, 1983; Alloy y Ahrens, 1987; Aspinwall y Brunhart, 2000)
6. muestran una menor inclinación a dar vueltas y *rumiar* de manera excesiva sobre ellos mismos y sobre el impacto de sus circunstancias negativas actuales (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993).

En suma, hay una serie de características personales que pueden ser relevantes a la hora de enfrentarse con éxito a hechos traumáticos impidiendo o atenuando el desarrollo de consecuencias psicológicas negativas e incluso promoviendo la posibilidad de ser receptivo ante las posibilidades de aprendizaje o crecimiento personal que

puede suponer el trauma (Calhoun y Tedeschi, 1999).

Por otro lado, una cuestión que es de suma importancia para entender el papel de las emociones positivas en el contexto del trauma es que la respuesta ante una situación traumática supone la puesta en marcha de mecanismos inmediatos, pero también otros de alcance más diferido, que las personas ponen en marcha para restablecer su bienestar emocional. Es decir, hay que entender su papel dentro de un contexto de regulación emocional. Por ejemplo, de acuerdo al Modelo de Equilibrio Dinámico [*Dynamic Equilibrium Model*] (Headey y Wearing, 1992) cada persona tiene un punto de equilibrio [*set-point*] en el bienestar subjetivo, al que desea volver usando estrategias regulatorias cada vez que esta ha sido interrumpido por algún hecho vital importante (véase también Cummins y Nistico, en prensa). El uso del humor, la religión, las interacciones sociales etc., pueden interpretarse también como mecanismos regulatorios para enfrentar la adversidad (Aspinwall, 2001). En consecuencia, el impacto de los estresores vitales tiene que ser analizado desde una perspectiva dinámica, entendiendo que los denominados mecanismos de afrontamiento pueden tener un papel directo en la transformación de las emociones negativas pero también del mantenimiento de las positivas (Fredrickson, 2001; Cummins y Nistico, en prensa).

Un aspecto que nos parece de sumo interés es que existe una creciente evidencia de que experimentar experiencias positivas durante las circunstancias estresantes (ej.: sentirse reconfortado por otros, el empleo ocasional del humor, etc.) pueden ayudar a aliviar y transformar las emociones negativas (Folkman, 1997; Folkman y Moskowitz, 2000). Incluso es probable que las personas psicológicamente resistentes sean más proclives a experimentar *tanto emociones negativas como positivas* cuando

son confrontadas con experiencias adversas (Aspinwall, 2001). Pero, ¿cómo se pueden generar emociones positivas cuando se experimentan hechos vitales adversos? Folkman y Moskowitz (2000) han hipotetizado que hay tres tipos de estrategias que pueden ser efectivas para suscitar emociones positivas en esas circunstancias:

- (a) una reevaluación positiva de lo sucedido,
- (b) un afrontamiento más centrado en el problema y
- (c) dar un significado positivo a los hechos ordinarios de la vida.

Así pues, parece que incluso en circunstancias extraordinariamente difíciles, estos mecanismos de reequilibrio homeostático pueden ponerse en marcha aunque aún no sabemos si pueden ser enseñados a personas menos resistentes y cuáles resultarían más adecuadas para unas determinadas circunstancias en concreto (Fredrickson, 2001; Pérez-Sales, en prensa). Por ejemplo, en un estudio reciente que hemos llevado a cabo en unos campos de desplazados tras el terremoto de El Salvador de 2001, hemos comprobado que incluso en esas condiciones tan extremas (pérdida de seres queridos, de posesiones, de empleo, etc.) se pueden apreciar, si nos atrevemos a preguntar por ellas, muchas emociones que tienen una clara connotación positiva y que, probablemente, atenúan el impacto de la tragedia (Vázquez et al., en prensa) – Tabla 2. Esto permite entender, por ejemplo, el gran valor regulador que para algu-

nos puede tener rezar en los momentos críticos (McIntosh, Silver y Wortman, 1993; Fabbro, 1999; Vázquez et al., en prensa)

Trauma y respuesta traumática: Factores de vulnerabilidad

¿Por qué es importante analizar la vulnerabilidad al trauma? Los modelos psicológicos tradicionales del trauma basados en teorías de aprendizaje (especialmente condicionamiento clásico) hacían énfasis en que la naturaleza y gravedad de las consecuencias dependían de características físicas del estresor y, fundamentalmente, en tres de ellas: 1) Predecibilidad, 2) Controlabilidad, y 3) Intensidad – (Ballenger, Davidoson, Lecrubier, Nutt, Foa, Kessler, McFarlane y Shalev, 2000). De este modo se esperaría un gradiente directo entre la proporción de la respuesta y las características *objetivables* del estresor como, por ejemplo, la intensidad de la tortura recibida (Mollica et al., 1998a, b).

Sin embargo, este modelo, como ya hemos apuntado, es claramente insuficiente. Aun siendo muy importantes las características más objetivables del estresor, sabemos que hay muchos factores subjetivos (de valoración del riesgo, factores de personalidad, etc.) que afectan la intensidad, duración y el patrón de respuesta ante un hecho traumático. Desde los años 80 se admite que la respuesta traumática está mediada por una serie de factores que hay que analizar aunque siempre con la precaución de no culpabilizar a la víctima.

Tabla 2. Respuestas referidas a pensamientos, emociones, y sentimientos positivos en refugiados por los efectos del terremoto en El Salvador en 2001 (Vázquez et al., en prensa). Porcentajes de respuesta.

Ítems	Muestra total (n = 115)
<i>Búsqueda de significado</i>	
1. Encontrar un significado a la catástrofe	72.2
2. Uso de las creencias religiosas para enfrentar la situación.	87.7
<i>Regulación emocional positiva</i>	
3. Sensación de tener recursos para controlar las propias emociones	68.1
<i>Emociones positivas y crecimiento postraumático</i>	
4. Recuerdo de algún momento de felicidad después de la tragedia	72.5
5. Sentimiento de que las actividades lúdicas del albergue han sido útiles	93.9
6. Aprendizaje positivo de la experiencia	66.7
7. Importancia atribuida al aprendizaje de generaciones anteriores para afrontar la presente situación	51.3
8. Ser capaz de establecer relaciones de amistad en el albergue	79.8
9. Perspectivas de futuro a largo término	
Mejor que como estamos ahora	55.3
Igual como estamos ahora	10.5
Peor de lo que estamos ahora	14.0
Mejor pensar el presente y vivir cada día	20.2

Quizás el argumento más sólido para defender este proceso mediacional es el hallazgo de que no todas las personas expuestas a un suceso potencialmente traumático desarrollan una respuesta psicopatológica. Aproximadamente el 60% de todas las personas que han sufrido una experiencia traumática tienen una respuesta aguda de estrés normal y no desarrollarán ninguna secuela psicológica de importancia (Ballenger et al., 2000). Algunos estudios norteamericanos recientes efectuados a gran escala, en la población normal, han comprobado que en el curso de sus vidas un 60% de los hombres y un 50% de las mujeres han experimentado o presenciado en directo algún suceso potencialmente traumático como accidentes, agresiones, violaciones, catástrofes naturales, etc. (Kessler, Sonnega, Bromet et al., 1995) -Tabla 3. Sin embargo, en su conjunto, se estima que la prevalencia del TEPT es del 1%-3% de la

población, aunque si se incluyen formas menos graves de TEPT puede llegar al 5%-15% (Ballenger et al. 2000) lo que, por cierto, lo convertiría en uno de los trastornos más frecuentes en población general pero en modo alguno un resultado necesario tras experimentar un suceso traumático.

Además, no todo suceso traumático tiene la misma probabilidad de suscitar una respuesta traumática plena. Como se aprecia en la Tabla 4, también con datos del conocido estudio epidemiológico National Comorbidity Study, la violación sexual es, en la población norteamericana, el suceso que, tanto en hombres como en mujeres, tiene una mayor capacidad para suscitar una reacción de TEPT (definido según criterios DSM-IV). Pero, incluso en este caso extremo, sólo un 65% de los hombres⁵ y un 46% de las mujeres expuestas al suceso acaban manifestando un trastorno de esta naturaleza. Por otro lado, desde una pers-

pectiva de género es realmente interesante comprobar que hombres y mujeres parece que tienen un patrón de vulnerabilidad distinto: las mujeres tendrían, según apuntan estos datos, unas tasas de riesgo mayor respecto a fenómenos que tengan relación con Amenazas con armas y con Ataques físicos.

Todo lo anterior parece indicar que las situaciones traumáticas amenazantes para la propia vida son sorprendentemente frecuentes⁶ y, sin embargo, un porcentaje *relativamente pequeño* de las personas expuestas a esas situaciones finalmente sufren trastornos psicológicos como consecuencia de su impacto.

Tabla 3. Riesgo vital de padecer un suceso traumático según la definición del DSM-IV. Adaptado del National Comorbidity Study (Kessler et al., 1995; Kessler, 2000).

Exposición	Prevalencia vital (%)	
	Hombres	Mujeres
Cualquier trauma	60.7*	51.2
Nº de traumas		
1	26.5	26.3
2	14.5	13.5
3	9.5*	5.0
4 o más	10.2*	6.4

*p < 0.05

Tabla 4. Riesgo vital de padecer un trastorno de estrés postraumático en función de haber padecido diferentes tipos de experiencias traumáticas. Adaptado de Kessler (2000), Kessler et al. (1995) y Ballenger et al. (2000).

Suceso	Prevalencia Vital de padecer el suceso (%)		Riesgo de padecer TEPT si se da el suceso (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Accidente con riesgo vital	25.0*	13.8	6.3	8.8
Desastre natural	18.9*	15.2	3.7	5.4
Amenaza con arma	19.0*	6.8	1.9*	32.6
Ataque físico	11.1*	6.9	1.8*	21.3
Violación	0.7*	9.2	65.0	45.9

*p < 0.05

El interés por conocer qué factores hacen más vulnerable a una persona a desarrollar un TEPT ha estimulado bastante investigación sobre factores de riesgo pero, sin embargo, este interés no ha corrido en paralelo por la investigación de *factores de resistencia* cuando, como ya hemos señalado, posiblemente no siempre sean coincidentes ambos tipos de factores. En cualquier caso, sabemos que en relación con el TEPT hay factores que permiten predecir un incremento en el riesgo de padecerlo. En una reciente declaración del Internatio-

nal Consensus Group on Depression and Anxiety (Ballenger et al., 2000) señalan que el riesgo dependería de dos grandes factores:

a) *Naturaleza del trauma*. Un factor de gran peso en la aparición de estrés postraumático es la gravedad del agente estresor. En algunos casos se ha podido precisar incluso una relación dosis-efecto entre intensidad del estímulo y grado de afectación (Mollica et al., 1998a, b). Asimismo, otras características del agente pueden también afectar

la respuesta del individuo. Así, un hecho estresante producirá más efectos negativos cuando es *repentino, inesperado, prolongado, repetitivo, o intencional* – Tomb, 1994; Weaver y Clum, 1996. Igualmente, cuantas más secuelas tenga el estresor (ej.: dolor, pérdida de bienes, pérdida de vivienda o de trabajo, culpa, etc.), es más probable que se produzca una respuesta traumática. En general estas características indeseables pueden actuar disminuyendo la capacidad de la persona para controlar la situación y desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento pero también cuestionando asunciones o esquemas básicos que hasta entonces se tenían para comprender la realidad (por ejemplo la creencia en la bondad de las personas). Para Janoff-Bulman (1992) los hechos traumáticos, además de producir un sentimiento generalizado de pérdida (de valores, de confianza en uno mismo, en los demás, de proyecto vital, de rutinas anteriores,...), de caos, de autoacusaciones, o de aislamiento, pueden hacer tambalear asunciones básicas respecto al mundo (v.g., la creencia en la benevolencia del mundo personal : “A mí nunca me va a ocurrir una cosa así, esto le pasa a los otros”; la creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible, donde los hechos son controlables y donde hay unas reglas que adecuadamente utilizadas dan una seguridad respecto a la persona: “¿Cómo es posible que ocurran estas cosas?”, “Esto es absurdo, no tiene sentido, es una pesadilla que seguro que va a pasar”); la creencia de que la vida tiene un significado o un fin determinado; y la creencia de que uno es una persona fuerte y válida: “nunca creí que podría reaccionar así” “ya no me veo como antes”).

El significado simbólico del agente traumático tiene también una importancia decisiva en las consecuencias del

mismo (Bruner, Haasena, Krausza et al., 2002). Así, por ejemplo, la mayoría de estudios en cultura euroamericana coinciden en que el hecho más traumático es la violación sexual con violencia física. Pues bien, las consecuencias de ésta parecen depender, a su vez, del grado de filiación entre víctima y perpetrador. El abuso sexual por parte del padre o la madre tiene, desde el punto de vista epidemiológico, consecuencias más devastadoras que el mismo hecho cometido por un extraño. Es decir, que ya no es sólo el hecho de la violación, sino lo que ésta supone para la persona y para su posición en el mundo, y el significado cuestionador que tiene para el pasado, el presente y el futuro de esa persona. En el caso de veteranos de guerra, en concreto, una mayor implicación emocional, una mayor autorresponsabilización por los hechos y un mayor cuestionamiento de valores (ej.: personas sin capacidad de decisión que deben obedecer órdenes que no desean obedecer) parece asociarse a peores secuelas a largo plazo (Ursano, 1992).

b) *Factores relacionados con el individuo.* El grado de peligro percibido, una historia de traumas previos, historia familiar o personal psiquiátrica (en especial trastorno depresivo), o la intensidad de la respuesta inicial –Brewin, Andrews y Rose, 2000- (especialmente en las 2 primeras semanas), pueden también afectar la intensidad, extensión y cronicidad de la respuesta traumática (MacFarlane, 2000). Por ejemplo, en el contexto de situaciones de extrema vulnerabilidad e indefensión (catástrofes naturales, detención clandestina, incomunicación, tortura, etc.) resulta determinante el terror que surge de no poder hacer absolutamente nada ni por escapar, ni para controlar lo que está ocurriendo. En la Tabla 5 resumimos algunos de los factores que la literatura

científica ha determinado como elementos de riesgo –bien sean para el inicio o para el mantenimiento– para padecer un TEPT. Más adelante examinaremos los factores que, si bien en una literatura

aún más fragmentada, parecen ser buenos candidatos como elementos de *protección* que impidan o dificulten desarrollar dicho trastorno (Tabla 6).

Tabla 5. Factores de riesgo de TEPT hallados en estudios clínicos y epidemiológicos (Kessler et al., 1995; van der Kolk et al., 1996; Yehuda, 1999; McFarlane, 2000; Ballenger et al., 2000).

Factores de riesgo para el *inicio* del TEPT:

- Gravedad del estresor (dosis)
 - Tipo de estresor (ej.: intencional *versus* no intencional)
 - Amenaza vital real
 - Niveles de activación *durante* el trauma y las 2 semanas posteriores
 - Acumulación de traumas y estresores
 - Sensación de descontrol, indefensión o fracaso personal
 - Psicopatología previa (depresión, ansiedad, neuroticismo, abuso de drogas y alcohol)
 - Historia previa de abusos infantiles
 - Separación temprana de los progenitores
 - Género x Tipo de estresor
-

Factores de riesgo para el *mantenimiento* del TEPT:

- Efectos secundarios del trauma:
 - –Realojamiento
 - –Pérdida de trabajo
 - –Pérdida de identidad o valores
 - Represión social del deseo de expresar emociones
 - Buscar la “lógica” a lo incomprensible
 - Estilos rumiativos sobre lo sucedido
 - Comparaciones presente-pasado
 - Percepción de indefensión
 - Necesidad de buscar culpables
 - Ruptura de vínculos afectivos (desapego)
-

Trauma y respuesta traumática: Factores de resistencia

¿Cuáles son los elementos que favorecen una respuesta más resistente ante una adversidad de carácter traumático?. Si establecemos un orden cronológico en el impacto de un estresor, podemos observar que el inicio de la respuesta resulta ya un elemento de análisis importante. Tras el primer momento de impacto del hecho trau-

mático o ante la noticia de una crisis vital grave hay diversos modos de reaccionar. La psicología ha tendido a investigar estos aspectos bajo la denominada teoría del estrés. En primer lugar, hay un proceso de evaluación, consciente o no, automático o elaborado, sobre la naturaleza del estresor (*valoración primaria*) y, simultáneamente, una valoración sobre nuestra capacidad para hacerle frente con nuestro repertorio de

respuestas previsible (*valoración secundaria*). Ante esto, se pueden poner en marcha una serie de estrategias de afrontamiento (tanto transformacionales de la situación como reguladoras de las emociones)⁷, definidas por Lazarus y Folkman (1986) como una serie de procesos cognitivos y conductuales cambiantes según las circunstancias, que intentarían responder a las situaciones externas del medio consideradas como desbordantes.

Diversos estudios empíricos muestran que estas estrategias no son en sí mismas intrínsecamente buenas o malas, ni que unas tengan necesariamente que ser mejores que otras. Su valor dependerá de las circunstancias y del modo en que sean *adaptativas*⁸. Resulta obvio que cuando es posible enfrentar la causa, serán más eficaces las estrategias de afrontamiento directo siempre que no lleven (como veíamos) a unos niveles de ansiedad que puedan bloquear a la persona, mientras que cuando no es posible hacer nada o casi nada (como suele ser el caso de, por ejemplo, el diagnóstico de enfermedades médicas) serán las estrategias de regulación emocional las que pueden resultar más adaptativas.

De todo ello se infiere que no hay tácticas universalmente buenas o malas para enfrentar una determinada situación crítica. Por ejemplo, si a una persona con tendencia evitadora (es decir a minimizar los problemas, dejando que se resuelvan por sí solos) se le fuerza a actuar frente a las situaciones, los resultados pueden ser tan catastróficos como si a una persona con tendencia confrontativa se le fuerza a asumir las circunstancias y a la espera pasiva. Lepore, Silver, Wortman et al. (1997), Pennebaker et al. (1991) y otros han demostrado, en este sentido, que animar a hablar sobre las pérdidas de seres queridos es beneficioso sólo para quienes desean hablar de ello y que impedir a hablar a quienes lo desean puede tener un efecto emocional negativo

incluso de mayor magnitud (ver también Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001).

En el momento del impacto del hecho traumático y en el inmediato posterior, los procedimientos de evaluación descritos son importantes para seleccionar una táctica adecuada de respuesta. La falta de respuesta (por bloqueo) o la respuesta excesiva (hiperactividad) impedirán ambas cosas, en un ejemplo más de la conocida relación entre ansiedad y rendimiento. En el caso del TEPT, el DSM-IV (APA, 1994) exige que para su diagnóstico el sujeto haya experimentado *durante* la exposición al suceso amenazante una sensación de miedo intenso, indefensión u horror (véase la Nota 1). Lo cierto es que este criterio, aunque parece que efectivamente correlaciona con la intensidad del cuadro de TEPT (ver Brewin et al., 2000), no siempre acompaña el estado inicial de un sujeto que finalmente responde traumáticamente ante una experiencia aversiva.

¿Cuáles son los elementos que favorecen una mejor superación de los hechos traumáticos? La literatura muestra que aquellas personas con mayor capacidad de resistencia ante hechos traumáticos parecen compartir una serie de características (ver Tabla 6):

- (a) Una tendencia a *recordar* mejor elementos positivos autobiográficos, con tendencia a obviar los negativos (McNally et al., 1993). Aunque parece que esta es una característica general de la gente normal (Matt, Vázquez y Campbell, 1992; Avia y Vázquez, 1998), su presencia efectivamente parece ayudar a “inmunizar” ante experiencias traumáticas. La guerra del Vietnam o las consecuencias de la II Guerra Mundial en la población alemana y en las generaciones futuras muestran la gran importancia que tiene para la superación de los hechos trau-

máticos el recuerdo que éstos dejen dentro de la memoria colectiva. Opden Velde (1994) describe, por ejemplo, las dificultades que tuvieron para superar los horrores de la guerra los excombatientes holandeses en la II GM. Esto se debía, según él, a la enorme ambivalencia que había entre el pueblo holandés, que en una parte importante colaboró con el régimen nazi. A esto se unió la moral calvinista, la indiferencia institucional y otros, que hicieron de la integración un hecho muy difícil. De ahí la tremenda importancia de los procesos de recupe-

ración de la memoria histórica, de recuperación de la historia colectiva y de lucha contra la impunidad (Martín Beristáin et al., 2000). Lo que se está debatiendo es la transmisión transgeneracional de la imagen social de las víctimas y los victimarios y de los procesos de dignificación social de aquellos. Quienes en su día fueron considerados delincuentes, ahora pueden ser restituidos ante la sociedad, ante sus familiares o ante ellos mismos en el caso de los presos, como personas con una trayectoria de lucha e ideales.

Tabla 6. Factores de protección para el inicio y/o mantenimiento de TPET hallados en estudios clínicos y epidemiológicos.

Factores de protección:
<ul style="list-style-type: none"> • Sesgos positivos de memoria • Capacidad disociativa y/o distractora • Vivir emociones positivas durante el trauma • Dotación de algún sentido y significado a lo sucedido • Aceptación de la incertidumbre • Aceptación de la transitoriedad del trauma • Percibirse como superviviente • Comparación positiva con los demás o con escenarios peores • Estrategias activas de afrontamiento • Optimismo disposicional • Personalidad resistente (Kobasa) • Sentido de coherencia (Antonovsky): • Locus de control interno • Mantener parcelas de control y dignidad personal • Existencia de redes comunitarias y sociales de apoyo

Los modelos cognitivos actuales de TEPT subrayan el papel causal de la *evitación de recuerdos negativos* en el mantenimiento del afecto negativo (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Baum y Posluszny, 2000; Brewin, 2001). Pero no se debe subestimar el papel que posiblemente tiene también los sesgos *positivos* de recuerdo dado

que ambos tipos de productos son relativamente independientes unos de otros (Matt et al., 1992; Chang, 2001). Por ejemplo, varios estudios han demostrado que aunque la gente feliz e infeliz puede que experimente sucesos vitales negativos semejantes, el primer grupo de personas tiende a recordar y a pensar en lo sucedido de un modo más fa-

- vorable e incluso utilizando retrospectivamente el humor (Lyubomirsky y Tucker, 1998). En este mismo sentido, algunos estudios de laboratorio han hallado que el déficit en personas con TEPT pudiera estar más en el procesamiento de información positiva que en el de información negativa relacionada con el trauma (McNally, Metzger, Lasko et al., 1998).
- (b) Aceptan una cierta dosis de incertidumbre e impredecibilidad en la vida, asumiendo que en la vida también influye la suerte y que el control total o la predecibilidad total, es una quimera neurotizante. Esto no supone en modo alguno que conciban que el mundo es impredecible (una creencia depresógena que crea indefensión y apatía) – véase Avia y Vázquez (1998)- sino que no es absolutamente predecible y hay siempre un margen de juego e incertidumbre.
- (c) Cuando comparan lo que les ha ocurrido con las personas a su alrededor son capaces de ver elementos positivos o atenuantes de su situación: (1) Hay personas a las que aún les ha ido peor, (2) Hubo momentos en que uno falló, pero otros en que respondió bien, (3) Imaginarse que las cosas aún podrían ser peores, (4) Aceptar que las molestias que tiene son *normales* y que pasarán con el tiempo. Estos procesos de comparación hacia abajo, de una enorme importancia para la conservación de la estima personal, se ponen en marcha especialmente cuando hay una expectativa no satisfecha o una situación de frustración y tienen una notable capacidad reductora del malestar (ver Cummins y Nistico, en prensa).
- (d) Percibirse como *supervivientes*, es decir, como personas que han salido reforzadas de una experiencia traumática y que en consecuencia tienen más ar-
- mas y recursos para enfrentarse a ella en hipotéticas nuevas situaciones.
- (e) Tienen un locus de control interno elevado. Por ejemplo, se ha demostrado que en víctimas de accidentes de tráfico, las personas con un locus interno elevado parecen tener una mayor protección frente al estrés postraumático (Hicling, Blanchard, Buckley y Taylor, 1999). No obstante, el papel de esta variable es controvertido, pues algunos estudios indican un impacto negativo de un locus de control interno elevado cuando el fracaso es reiterado y pertinaz (Peñacoba y Moreno, 1998). Una idea excesiva de controlabilidad sobre el entorno, puede tener efectos negativos cuando reiteradamente los resultados son incontrolables.
- (f) Emplean con más facilidad técnicas de distracción, focalización en elementos externos a la situación o a las emociones, o incluso emplean técnicas disociativas de conciencia. Como escribe Semprún sobre su experiencia en el campo de concentración de Buchenwald, “...en cualquier circunstancia uno podía abstraerse de la inmediatez hostil del mundo para aislarse en la música de un poema” (2001, p. 212). De hecho, muchas estrategias terapéuticas del cambio de estado ánimo se centran en la reducción de la autofocalización (ej.: Teasdale, Segal y Williams, 2000). No obstante, algunos estudios han demostrado que una alta actividad disociativa *durante* la propia experiencia traumática puede que se asocie a más complicaciones ulteriores al impedir el adecuado procesamiento emocional de la experiencia (Zoellner, Alvarez-Conrad y Foa, 2002), por lo que este es un elemento abierto al debate.
- Probablemente poseen algunas características distintivas de personalidad. La lite-

ratura sobre la respuesta ante el estrés ha identificado que, en efecto, algunos factores relativamente estables de personalidad, como el optimismo disposicional y la búsqueda de sensaciones, pudieran modular las respuestas de afrontamiento (Vázquez, Crespo y Ring, 2000) y, además, se ha demostrado que hay características de personalidad consistentemente ligadas al bienestar subjetivo (DeNeve y Cooper, 1998)⁹. En este sentido hay pruebas de que el *optimismo* es un elemento regulador de cierta importancia pues permite circunscribir el impacto de las situaciones adversas en lugar de inferir catástrofes generales y, además, facilita la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento y de autorregulación emocional adaptativas (Avia, 1997; Avia y Vázquez, 1998; Fernández y Bermúdez, 1999; Aspinwall et al., 2001; Hernangómez, 2002). En el caso, de la búsqueda de sensaciones, aquellas personas que encuentran placer en la búsqueda constante de situaciones de riesgo, parecen tener una mayor tolerancia a situaciones críticas (Taylor, 1990), si bien su influencia en el TEPT está aún por demostrar.

De un modo más directamente centrado en rasgos de personalidad relacionados con la protección psicológica frente a las adversidades, Kobasa (1979) desarrolló en los setenta y ochenta el concepto de "*personalidad resistente*" (*hardiness*). Su objetivo era analizar las características de aquellas personas que "no enferman" en situaciones de estrés y para quienes tales situaciones son percibidas como oportunidades de enriquecimiento o de reto personal. Las bases conceptuales de este enfoque estarían en la psicología existencial de Víctor Frankl (1978) y las investigaciones alrededor de la teoría del *locus de control*.

La personalidad resistente vendría definida por tres áreas conceptualmente diferentes que, por otro lado, han recibido tam-

bién apoyo en análisis factoriales (Peñacoba y Moreno, 1998)¹⁰:

- a) Compromiso (*commitment*). Creer en la verdad, importancia y valor de lo que uno mismo es y de aquello que hace. Tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, incluido el trabajo, las relaciones interpersonales y las instituciones sociales. Esto no tiene sólo una dimensión individual sino colectiva (v.g., existir *con otros*), es decir, sentir que es posible ayudar a otros en situaciones estresantes si otros lo necesitan.
- b) *Control*. Tendencia a pensar y a actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos. Las situaciones se perciben como predecibles y se desarrollan estrategias de afrontamiento pertinentes.
- c) Reto (*challenge*). Consiste en creer que el cambio –frente a la estabilidad– es la característica habitual de la vida. Las situaciones son oportunidades e incentivos para el crecimiento personal y no amenazas a la propia seguridad. Esta característica se relaciona con una mayor flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad y la incertidumbre. Dado que los cambios no se perciben como amenazas, no se necesita estar alerta continuamente para prevenirlos o superarlos.

¿Cómo actúa la personalidad resistente? Se han postulado diferentes posibilidades (Peñacoba y Moreno, 1998): a) Percibe el estímulo estresante como menos amenazante o abrumador; b) Pone en marcha estrategias de afrontamiento más adaptativas, especialmente el denominado *afrontamiento transformacional* (ej.: ver la situación como una oportunidad de crecimiento) en lugar del *afrontamiento regresivo* (huir o evitar el estímulo potencialmente estresante y, por último, c) numerosos estudios sugieren que los individuos con una personali-

dad resistente presentan una menor reactividad fisiológica al estrés.

Un concepto relacionado con el de personalidad resistente es el de “*sentido de la coherencia*” formulado por Antonovsky (1989). En el caso de los síntomas post-traumáticos, por ejemplo, se ha demostrado que la convicción política e ideológica es el principal factor positivo de resistencia en los presos y personas que sufren tortura (Reszcyński, Rojas y Barceló, 1991; Martín Beristain y Riera, 1996; Basoglu, Mineka, Paker et al., 1997; Rosenco y Fernández, 1997).

Hay también elementos relacionados con la respuesta, o incluso la personalidad, no de la víctima sino de quienes le rodean, o que demuestra la complejidad del cuadro total. Así, por ejemplo Punamäki (1990) mostró que en niños palestinos el principal predictor de aparición de respuestas emocionales alteradas es el estado emocional de la madre. Aquellas que mantienen un alto nivel de compromiso político y un *locus de control* interno transmiten mayor estabilidad y capacidad de resistencia a sus hijos (Punamäki, 1990) y, de modo semejante, percibir apoyo de los padres disminuye los efectos de la exposición al trauma (Punamäki, Quota y El Sarraj, 1997).

Pero este tipo de variables de carácter más general y existencial, que han sido recogidas ampliamente en la literatura, no pueden por sí solas explicar la resistencia. Se trata de un factor favorecedor, pero no suficiente. Puede reflexionarse, por ejemplo, en el caso de algunos supervivientes del genocidio judío con un alto sentido de la responsabilidad, de compromiso, y de reto, factores que les ayudaron a sobrevivir en los campos de concentración, pero pese a los cuales no consiguieron nunca un equilibrio interno total. Los suicidios de supervivientes tan emblemáticos como Bruno Bettelheim o Primo Levi podrían hacernos pensar que el compromiso o el reto son só-

lo una parte, si bien importante, de la resistencia final.

Posiblemente, para entender las limitaciones de este concepto de “resistencia” concebido como un rasgo de personalidad haya que ver a la persona desde una perspectiva más compleja, en la que ésta no reacciona de una manera uniforme en todos los momentos, sino que en algunos puede verse a sí mismo y comportarse como alguien fuerte, como un superviviente con un alto sentido de la autoestima, y en otros hundirse, verse como víctima y no poder enfrentar la culpa, la vergüenza, o el dolor moral. Así, el afrontamiento del estrés crónico no se define por un rasgo (como si se tratara de una variable de personalidad) sino por una suma de estados y transacciones individuo-medio que pueden ser perfectamente contradictorios entre sí (en ocasiones incluso simultáneamente). Por otro lado, el concepto de resistencia no se limitaría sólo al de supervivencia, sino a un estado más centrado en la salud positiva, en la sensación de crecimiento vital, y en una relación armónica con los demás.

¿Es posible aprender de las experiencias traumáticas?: Crecimiento postraumático

Las experiencias traumáticas o dolorosas no siempre tienen valoraciones o repercusiones exclusivamente negativas. Ursano, McCaughey y Fullerton (1994) en un estudio con personas afectadas por un tornado en que preguntaron por *efectos positivos* de lo ocurrido, encontraron que la gran mayoría de las personas describían algunos efectos de este tipo. Entre las expresiones más comunes en aquella situación, pero también encontrables en personas que han enviudado (Nolen-Hoeksema, 2000) o han sufrido desastres naturales (Pérez-Sales, 2001), es frecuente escuchar frases como “He aprendido que soy capaz de desenvolverme bien en una situación así”, “Siento que soy me-

mejor después de haber afrontado una experiencia única como ésta”, “He cambiado mis esquemas de valores y mis prioridades en la vida”, “He aprendido muchas lecciones importantes”, “Lo que ha ocurrido me ha unido a otra gente”, “Si no me hubiese pasado todo lo bueno y lo malo, no sería quien soy ahora”, “He aprendido que hay que saborear cada segundo de la vida”, “Ahora comprendo mejor a quienes sufren”, etc.

¿Qué significa hallar algo positivo en el trauma? Mientras que algunas teorías, más centradas en el proceso de afrontamiento, han insistido en que percibir algo positivo en el trauma favorece respuestas más adaptativas y una visión menos indefensa de uno mismo (ej.: Janoff-Bulman, 1992; Taylor y Armor, 1996; Aldwin, Levenson y Spiro, 1994), otras han ido más allá planteando que las situaciones de trauma a veces pueden convertirse en auténticas oportunidades de *transformación vital* al permitir reordenar prioridades, cambiar roles (ej.: una viuda que pasa de ser esposa a centrarse en ser abuela), y acometer cambios en planes de acción (ej.: Frankl, 1978; Nolen-Hoeksema, 2000).

Como ha señalado Lepore (2000), siguiendo una terminología piagetiana, la adaptación emocional a hechos traumáticos puede facilitarse por procesos de integración cognitiva donde se emplean tanto mecanismos de asimilación (es decir, el reconsiderar los hechos a fin de hacerlos compatibles con las preconcepciones) como de acomodación (es decir, *cambiar los modelos mentales* para encajar la información inherente al hecho traumático). En este sentido, la definición del crecimiento postraumático como “*un cambio positivo que experimenta el individuo como resultado de la lucha con un hecho traumático*” (Calhoun y Tedeschi, 1999, p. 11), nos parece que se aproxima más al tipo de cambios de acomodación sugeridos por Lepore.

Calhoun y Tedeschi defienden que aunque la respuesta normativa universal ante un hecho traumático es la del dolor y las vivencias negativas (la experiencia de estos autores se ha centrado más en el apoyo a procesos de duelo), una vez aceptado esto y planificado el trabajo de psicoterapia para intentar disminuir estos efectos, hay personas que son capaces de ver elementos positivos en el *proceso de lucha* que iniciaron tras el hecho (no en el hecho mismo, obviamente). Estos aspectos, por cierto, pueden ser adecuadamente potenciados en el trabajo de psicoterapia a medida que son descubiertos por la propia persona. Tedeschi, Park y Calhoun (1996)¹¹ en una revisión de la literatura que estudia aspectos de superación personal a partir de situaciones traumáticas (violación, incesto, duelo, cáncer, HIV, infarto, desastres, combate o el genocidio judío) agrupan estos aspectos de cambio positivo en tres categorías:

a) *Cambios en la percepción que se tiene de uno mismo*. Sentirse más fuerte, más reafirmado en uno mismo, con más experiencia y más capacidad de afrontar dificultades futuras, percibiendo más posibilidades de que en situaciones difíciles en el futuro se responda de una manera asertiva. La persona desarrolla una autoimagen de fortaleza, una confianza que después puede generalizarse a otra clase de situaciones, incluso traumas futuros.

b) *Cambios en la relaciones interpersonales*. Se describe que la familia se ha unido más alrededor de la desgracia. La muerte de un familiar, por ejemplo, puede hacer que la persona se acerque más al resto al darse cuenta de la importancia que tienen, de qué frágiles son y con qué rapidez pueden perderse. Por otro lado la necesidad de compartir lo ocurrido, de discutirlo y buscarle explicación puede llevar también a algunas personas a abrirse más y a compartir sentimientos cuando nunca antes lo habían hecho, a aceptar la ayuda de los

demás y a utilizar, a veces por primera vez, el apoyo social.

c) *Cambios en la filosofía de la vida.* A veces se aprecia más lo que se tiene y se valoran más los detalles de la vida a partir de la amenaza de perderlo bruscamente o al haber estado cercano de una experiencia relacionada con la muerte. Un porcentaje importante de personas cambia su escala de valores, prioriza otros valores tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las cosas. Aunque algunas personas sienten que sus creencias religiosas se quiebran, para otras supone un redescubrimiento o un refuerzo de su fe, lo que a su vez puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo, de la sensación de control y de sentido de la vida.

En su modo de entender el tema, el dolor es el sentimiento más importante y generalizado y consideran irreales e incongruentes con la clínica y la realidad los resultados de Wortman y Silver (1989), entre otros autores, que consideran las respuestas positivas como igualmente frecuentes. El hecho de que la persona sea capaz de apreciar, periféricamente, algunos valores positivos tras sufrir una lesión invalidante como un traumatismo medular no significa, como podría llegar a inferirse –dicen Calhoun y Tedeschi– que se llegue a apreciar positivamente lo ocurrido. Hay que verlo como una respuesta de fortaleza –socialmente reforzada– de un espíritu que por lo demás está probablemente deshecho.

Según Calhoun y Tedeschi, para que haya crecimiento personal suele ser necesario que haya dolor, y que haya una reflexión sobre los hechos. No obstante, otros autores han hallado que este proceso doloroso no es estrictamente necesario, o al menos no lo es en estos términos. Por ejemplo, Nolen-Hoeksema, McBride y Larson (1997) han hallado que los pensamientos con tendencia a la rumiación sobre el suceso acontecido son predictores de mal

ajuste (véase una reflexión sobre este tema en Avia y Vázquez, 1998); sin embargo, los autores del modelo del crecimiento postraumático consideran que aunque gran parte del pensamiento rumiativo es doloroso y vivido de modo angustiante, dar vueltas a las cosas, sobre todo al principio, es un componente imprescindible para facilitar el crecimiento postraumático; el perfil de la persona que, en su opinión, más crece tras una experiencia traumática es el de quien tiene rumiaciones más intensas al principio y estas van decreciendo con el paso de las semanas y los meses. Como puede apreciarse hay una falta de acuerdo casi absoluta aunque posiblemente tiene que ver con diferencias conceptuales de inicio (ej.: ¿qué se considera “rumiar”?, ¿qué se considera un buen resultado postraumático?).

En cualquier caso, hallar algo positivo en lo sucedido puede no ser inmediato sino un producto o una reevaluación cuando se ha adquirido cierta distancia temporal. De nuevo, factores como el optimismo disposicional de la persona, lo que a su vez está ligado a una mayor puesta en marcha de estrategias de afrontamiento más activas y a una valoración más positiva del trauma, parecen ser predictores de poder hallar a la postre algo positivo (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema y Davis, 2002).

Cabe hipotetizar que es probable que deban darse una serie de condiciones para que haya un aprendizaje positivo a partir de una experiencia traumática. Puede haber un fortalecimiento de la persona cuando hay una dosificación de los hechos que permite una asimilación y progresión, haciendo que la persona desarrolle y enriquezca su repertorio de estrategias de afrontamiento incluso en el contexto de la psicoterapia (Perez-Sales, Diéguez, Vázquez, C., González-Aguado, et al., 2003). En cambio, ante estresores masivos -como los campos de concentración o la guerra- la persona iría per-

diendo progresivamente su capacidad para afrontar la situación y restringiendo el espectro de habilidades que pone en marcha, tendiendo a efectuar respuestas automatizadas (existen evidencias indirectas de esta afirmación en los trabajos de Solomon (1993) con soldados israelíes –cit. en Meichenbaum, 1994) –ver también, en este sentido, Steinberg (1999), Améry (2001) y Antelme (2000).

Conclusiones

Las emociones y el afecto positivo han sido ignorados en la comprensión de muchos trastornos psicopatológicos a pesar de la evidencia creciente de que son realmente *necesarios* para su comprensión cabal.

Con este tipo de enfoque, probablemente novedoso para muchos, no pretendemos hacer cambiar la idea básica del carácter negativo de las situaciones traumáticas, reduciendo su carácter doloroso e incluso de tragedia personal (un intento devaluador que, por cierto, no es nuevo en la historia de la Psiquiatría –véase Lunbeck, 2002), pero sí ver que es posible encontrar, además, otros elementos, y que además de desarrollar métodos efectivos para disminuir el dolor es necesario diseñar métodos para que la persona sea más resistente a la adversidad desde el supuesto de que la vida es incomprensiblemente compleja y dolor y gozo, déficit y recursos, esperanza y desazón, están más profundamente entrelazados de lo que nuestros pobres modelos clínicos con frecuencia no alcanzan a ver. Como ha narrado sin falso pudor Imre Kertész, premio Nobel de Literatura de 2002, al recordar por boca de uno de sus personajes su estancia en Auschwitz, “...Incluso allá, al lado de las chimeneas había habido, entre las torturas, en los intervalos de las torturas, algo que se parecía a la felicidad. Todos me preguntaban por las calamidades, por los “horrores”, cuando para mí esa

había sido la experiencia que más recordaba” (Kertész, 2002).

En el ámbito de la investigación quedan por resolver muchas incógnitas. En primer lugar, deberemos saber cómo interaccionan elementos más ligados a rasgos de personalidad (optimismo, personalidad resistente,...) con la dosis y tipo de trauma. Otro elemento importante será conocer más en detalle los procesos transaccionales que se ponen en marcha en el afrontamiento de circunstancias adversas y comprobar en qué medida las emociones positivas pueden servir como elementos reguladores homeostáticos de las emociones negativas. Finalmente, creemos que se abre un campo insospechadamente atractivo y fértil en el ámbito de la prevención y la intervención ante problemas emocionales desde el trabajo con las emociones positivas (ej.: Fava, 1999) que complementaría los enfoques y estrategias terapéuticas más tradicionales.

Notas a pie de página

1. Según esta nueva definición, una respuesta de estrés postraumático podría producirse cuando “la persona experimentó, presencié, o tuvo que confrontar un suceso o sucesos que involucrasen una situación real o una amenaza de muerte o de graves lesiones, o una amenaza para la integridad física de uno mismo o de otros” y que además “la respuesta de la persona supuso un miedo intenso, horror, o indefensión” (APA, 2000). Dejamos en esta ocasión de lado algunos de los problemas que, a su vez, abre esta definición (ej.: ¿ser testigo a distancia –ej.: a través de medios de comunicación–, o escuchar un relato de una víctima, pueden bastar para satisfacer el criterio de la “presencia”?), ¿es necesario que haya esa reacción emocional intensa durante la vivencia de la situación?
2. Empleamos el término “resistencia” aun siendo conscientes de que tiene una connotación de cierta pasividad y espera ante el trauma y sus consecuencias. El término inglés “resilience” (a veces traducido directamente con el anglicismo “resiliencia”) añade el matiz del empleo de estrategias positivas, flexibles y constructivas (no

- sólo resistencialistas) para afrontar una adversidad.
3. Por cada 1.0% de incremento en el número de emociones positivas se observó un decremento del 1.4% en la tasa de mortalidad. Los resultados fueron semejantes con varias medidas de emocionalidad positiva (número de frases, variedad en el uso de palabras emocionales positivas, etc.) y no mostraron ninguna relación significativa ni con la edad que se tenía al escribir, ni con el nivel educativo.
 4. Semprún (1995, 2001) ha relatado, un tanto culposamente, que los prisioneros del campo de concentración que se abandonaban a su suerte, y dejaban de luchar en el día a día, eran denominados “musulmanes” y se les auguraba una muerte casi inmediata.
 5. Por cierto, estas cifras son asombrosamente semejantes al riesgo de padecer TEPT en prisioneros de guerra (ej.: Gold, Engdahl, Eberly et al., 2000).
 6. Se hace imprescindible recordar que la distribución de los desastres no se reparte homogéneamente entre la población humana. Durante el periodo entre 1967 y 1991, una media de 117 millones de personas por año se vieron afectadas por desastres en países en vías de desarrollo, mientras que la cifra fue de sólo 700.000 en los países desarrollados: una proporción ¡de 166 a 1! Una lectura geopolítica de las guerras resulta también esclarecedora: desde la II Guerra Mundial ha habido al menos 127 conflictos armados en el mundo, con un saldo aproximado de 22 millones de muertos, y sólo 2 de ellas han tenido lugar en países desarrollados (McFarlane y Girolamo, 1996; Avia y Vázquez, 1998).
 7. El término de “coping” es relativamente moderno (es aceptado por primera vez como descriptor terminológico por la American Psychological Association en 1967). Obviamente el concepto de “mecanismo de defensa”, anclado inicialmente en la teoría freudiana, es el antecedente conceptual más próximo. Véase una breve revisión histórica de esta evolución en Snyder y Dinoff (1999).
 8. Conviene recordar la revisión de Lazarus (2000) de los clásicos trabajos que intentan correlacionar negación de enfermedad con supervivencia tras infarto. Siete trabajos encuentran que la negación mejora la supervivencia, ocho que la empeora y seis ofrecen resultados contradictorios. La negación, concluye el autor, tiene costos –no buscar ayuda médica, practicar conductas de riesgo...- pero también beneficios –evita la respuesta de hiperactivación hormonal, neurovegetativa e inmunitaria en un cuerpo débil. En todo caso, puede verse una revisión sobre la eficacia diferencial de estrategias en Snyder (1999).
 9. Estos autores han efectuado un metaanálisis en el que se ha estudiado la relación entre bienestar subjetivo y 137 rasgos de personalidad encontrando que factores como el locus de control y el deseo de control, la resistencia (hardiness), y el afecto positivo, entre otros, están relacionados con el bienestar.
 10. No obstante, estos autores hacen notar acertadamente la paradoja de que este constructo se evalúe con una mayoría de ítems que tienen que ver más con carencias y déficit que con recursos y aspectos positivos.
 11. Estos autores han desarrollado un instrumento que mide el cambio positivo tras un hecho traumático (Tedeschi y Calhoun, 1996). Este consta de 5 subescalas: - Relacionarse con los demás (ej.: “Ahora sé que puedo contar con los demás”, “Me siento más cerca de los demás”, [etc., etc.] me es más fácil expresar mis emociones, siento más compasión por los demás, pongo más energía en mis relaciones, me doy cuenta de lo extraordinaria que puede ser la gente, acepto que se necesita a los demás), Nuevas posibilidades (nuevos intereses, nuevo curso de vida, más dispuesto a cambiar cosas que necesitaba cambiar), Fuerza personal (más seguro de mí mismo, saber que puedo manejar las dificultades, que soy más fuerte de lo que creía...), Cambios espirituales y Aprecio de la vida. En el estudio de validación, puntuaciones elevadas en la escala no correlacionan con ninguna variable sociodemográfica ni tampoco con Deseabilidad Social aunque sí correlacionaba positivamente con una escala de religiosidad y con las siguientes escalas del cuestionario de personalidad NEO-PI: Extroversión, Apertura a las experiencias nuevas, Amabilidad y Rigidez. Sin embargo, correlacionaba inversamente con la escala de Neuroticismo del citado NEO-PI.

Referencias

- Aldwin, C.M., Levenson, M.R. y Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Alloy, L.B. y Ahrens, A.H. (1987). Depression and pessimism for the future: Biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 366-378.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. (Trad. en Ed. Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual-III*. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. en Ed. Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and Statistical Manual-III-Revised*. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. en Ed. Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual-IV*. Washington: American Psychiatric Press. (Trad. en Ed. Masson, 1996).
- Améry, J. (2001). *Más allá de la culpa y la expiación: tentativas de superación de una víctima de la violencia*. Valencia: Pre-textos.
- Antelme, R. (2000). *La especie humana*. Madrid: Libros de la Arena.
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco CA. Jossey-Boss
- Aspinwall, L.G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation and health. In A. Tesser y N. Schwarz (Eds.), *The Blackwell handbook of social psychology: Vol 1. Intrapersonal processes* (pp. 559-614).
- Aspinwall, L.G. y Brunhart, S.M. (2000). What I do know won't hurt me: Optimism, attention to negative information, coping, and health. In J.E. Gillham (Ed.), *The science of optimism and hope. Research essays in honor of Martin E.P. Seligman* (pp. 163-200). Radnor, PA: Templeton Foundation Press.
- Aspinwall, L.G., Richter, L. y Hoffman III, R.R. (2001). Understanding how optimism works: An examination of optimists' adaptive moderation of belief and behavior. En E.C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 217-238). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Avia, M. D. (1997). Personality and positive emotions. *European Journal of Personality*, 11, 33-56.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. (Prefacio de Martin E.P. Seligman). Madrid: Alianza Editorial.
- Ballenger, J.C., Davidoson, J.R.T., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Foa, E.E.B., Kessler, R.C., McFarlane, A.C. and Shalev, A. Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl 5), 60-66.
- Basoglu, M., Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M. y Gök, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine*, 27, 1421-1433.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C.R., Andrews, B. y Rose, S. (2000). Fear, Helplessness, and Horror in Posttraumatic Stress Disorder: Investigating DSM-IV Criterion A2 in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.
- Brown, T.A. (1997). The Nature of Generalized Anxiety Disorder and Pathological Worry: Current Evidence and Conceptual Models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 817-825.
- Bruner, M., Haasena, M., Krausza, M., Yagdirana, O., Bustos, E., Eisenmann, D. (2002). Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study. *European Psychiatry*, 17, 451-458.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates
- Champion, L. A., y Power, M. J. (1995). Social and cognitive approaches to depression: Towards a new synthesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 485-503.
- Chang, E.C. (Ed.). (2001). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Cummings, R.A. and Nistico, H. (en prensa). *Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias*.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A., y Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.
- DeNeve, K.M. and Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Fabbro, F.E.A. (1999). Effects of praying and a working memory task in participants trained in meditation and controls on the occurrence of spontaneous thoughts. *Perceptual and Motor Skills*, 88, 765-770.
- Fava, G.A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 6, 171-179.
- Fernández, E. y Bermúdez, J. (1999). Estructura factorial del optimismo y pesimismo. *Boletín de Psicología*, 83, 7-26.
- Fernández Ballesteros, R. (2003). Light and dark in the human psychology of human strengths: The example of psychogerontology. En L.G. Aspinwall y U.M. Staudinger (eds.), *Psychology of human strengths* (pp. 131-147). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Frankl, V. (1984). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Gillham J.E. y Seligman M.E.P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Gold, P.B., Engdahl, B.E., Eberly, R.E., Blake, R.J., Page, W.F. y Frueh, B.C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 36-42.
- Headey, B. and Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman.
- Hernangómez, L. (2002). Variables de influencia temprana en la génesis del optimismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 3, 227-242.
- Hicling E.J., Blanchard E.B., Buckley T.C., Taylor A.E. (1999). Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping and recovery over six months. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 345-353.
- Isen, A.M. (2002). A role for neuropsychology in understanding the facilitating influence of positive affect on social behavior and cognitive processes. En C.R. Snyder, S.J. Lopez, y J.Shane (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 528-540). New York: Oxford University Press.
- Isen, A.M. (2000). Positive affect and decision making. En M. Lewis y J.M. Haviland (eds.), *Handbook of emotions*, 2nd. Ed. (pp. 417-520). New York: Guilford Press.
- Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jenicek, M. y Cléroux, R. (1987). *Epidemiología: Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona: Salvat
- Kertész, I. (2001). *Sin destino*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Kessler, R. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 4-12.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E. y 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.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lepore, S.J. (2000). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. En A. Baum y B.L. Andersen (eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-118). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lepore, S.J., Silver, R., Wortman, C.B. y Wayment, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- Lunbeck, E. (2002). Identifications, suspicions, and the history of traumatic disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 179-184.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.

- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Lyubomirsky, S. y Tucker, K.L. (1998). Implications of individual differences in subjective happiness for perceiving, interpreting, and thinking about life events. *Motivation and Emotion*, 22, 155-186
- MacLeod, A.K. y Byrne, A. (1996). Anxiety, depression and the anticipation of future positive and negative experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 286-289
- Martín Beristain, C. y Riera, F. (1996). *Afirmación y Resistencia*. Barcelona: Virus.
- Martin Beristain C., Dona, G., Páez, D., Pérez, P. y Fernández, I. (2000). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Bilbao: Icaria.
- Martínez-Sánchez, F., Páez, D., Pennebaker, J.W. y Rimé, B. (2001). Revelar, compartir y expresar las emociones: Efectos sobre la salud y el bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 7, 151-174.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M. y Offord, K.P. (2002). Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(8), 748-753.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M. y Offord, K.P. (2002). Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(2), 140-143.
- Matt, G., Vázquez, C. y Campbell, K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12, 227-256.
- McFarlane, A.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl 5), 15-23.
- McFarlane, A.C. y Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. En B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Wislaeth (eds.), *Traumatic stress* (pp. 129-154). Nueva York: Guilford.
- McIntosh, D. N., Silver, R. y Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 812-821.
- McNally R.J. English G.E. y Lipke, H.J. (1993). Assessment of intrusive cognition in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 33-42.
- McNally R.J., Metzger, L.J., Lasko, N.B., Clancy, S.A. y Pitman, R.K. (1998). Directed forgetting of trauma cues in adult survivors of childhood sexual abuse with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 596-601.
- Meichenbaum, D. (1994). *Treating post-traumatic stress disorder: A handbook and practice manual for therapy*. New York: Wiley.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Pham, T., Smith-Fawzi, M.C., Murphy, E., and Lin, L. (1998a). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 543-553.
- Mollica, R., McInnes, K., Poole, C. y Tor, S. (1998b). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*, 173, 482-488
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 855-862.
- Peñacoba, C. y Moreno B. (1998). El concepto de Personalidad Resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Pennebaker, J.W. (1994). *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Alianza. (Orig. 1988).
- Pérez-Sales P. (2001). *Conservar el control sobre la propia vida. Situación en los albergues de El Cafetalón y Santra Gertrudis*. UCA-MSF-Holanda. El Salvador 2001.
- Pérez-Sales, P., Diéguez, M., Vázquez, C., González-Aguado, F., Avedillo, C., Bitar, Z., Rodríguez Vega, . y Hernández, M. (2003). *Psicoterapia de respuestas traumáticas. Vol. 1: Trauma y resistencia*. (Incluye CD-ROM 1: Trauma). Madrid: Escosura Producciones. (2003).
- Peterson, C. y Bossio, L.M. (1991). *Health and optimism*. Nueva York: The Free Press.
- Peterson, C., Maier, S.F. and Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Seligman, M. E., y Vaillant, G. E. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. y Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 98(2), 127-130.
- Punamäki, R.L., Quota, S. y El Sarraj, E. (1997). Models of

- traumatic experiences and children's psychological adjustment: The roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. *Child Development*, 64, 718-728.
- Punamäki, R.L. (1990). Respuestas de stress psicológico de las madres palestinas y sus hijos a las condiciones de ocupación militar y violencia política. En I. Martín Baró (ed.), *Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia* (pp. 85-101). El Salvador: UCA Editores.
- Reszcynski, K., Rojas, P. y Barceló, P. (1991). *Tortura y Resistencia en Chile*. Chile: Emisión.
- Rosencof, M. y Fernández, E. (1997). *Memorias del calabozo*. Bilbao: Txalaparta.
- Russell, J.A. y Carroll, J.M. (1999a). The Phoenix of bipolarity: Reply to Watson and Tellegen. *Psychological Bulletin*, 125, 5, 611-617.
- Russell, J.A. y Carroll, J.M. (1999b). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125, 5, 3-30.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones, y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 785-875). Valencia: Promolibro.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: on depression development, and death*. San Francisco, Freeman. (Trad. esp. en Madrid, Debate, 1981).
- Seligman, M.E.P. (1990). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. Nueva York: Pocket Books.
- Seligman, M.E.P. (1998). Prólogo. En M.D. Avia y C. Vázquez. *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.
- Semprún, J. (1995). *La escritura o la vida*. Barcelona: Tusquets.
- Semprún, J. (2001). *Viviré con su nombre, morirá con el mío*. Barcelona: Tusquets.
- Snyder, C.R. (Ed.). (1999). *Coping: The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C.R. y Dinoff, B.L. (1999). Coping. Where have you been? En C. R. Snyder (ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 3-19). New York: Oxford University Press.
- Snyder, C.R., Sympson, S.C., Michael, S.T. and Cheavens, J. (2001). Optimism and hope constructs: Variants on a positive expectancy theme. In E.C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 101-125). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Steinberg P. (1999). *Crónicas del mundo oscuro*. Ed Montesinos. 1999.
- Taylor, S. (1990). *Health Psychology*. New York: MacGraw Hill.
- Taylor, S., Wood, J.V. y Lichtman, R.R. (1983). It could be worse: Selective evaluation as a response to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 19-40.
- Taylor, S. y Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.
- Taylor, S. y Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 110, 193-210.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., et al. (2000) Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623
- Tedeschi, R.G. y Calhoun LG. (1996). The posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3 455-471.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L. y Calhoun LG. (1996). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thompson, S.C. (2002). The role of personal control in adaptive functioning. En C.R. Snyder and S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 202-213). Oxford: Oxford University Press.
- Tomb, D.A. (1994). The phenomenology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North América*, 17, 237-250.
- Ursano ,R.J., McCaughey, B.G., Fullerton, C.S. (1994). *Individual and community responses to trauma and disaster: the structure of human chaos*. New York: Cambridge University Press.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. y Wisath, L. (Eds.), *Traumatic stress*. Nueva York: Guilford.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología Conductual*, 4(1), 9-28.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2003, enviado). Positive

- emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001): A naturalistic study in refugee shelters.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1999). Issues in the dimensional structure of affect – Effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll. *Psychological Bulletin*, 125, 601-610.
- Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M.E., McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model, II: exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Weaver, T.L. and Clum, G.A. (1996). Interpersonal violence: expanding the search for long-term sequelae within a sample of battered women. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 783-803.
- Wortman, C.B. y Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1989) 57, 349-357.
- Yehuda, R. (1999). (Ed.), Risk factors for posttraumatic stress disorder. *Progress in Psychiatry Series*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Yehuda, R. y McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about PTSD and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.
- Zoellner, L.A., Alvarez-Conrad, J. y Foa, E.B. (2002). Peritraumatic dissociative Experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 49-57.