

# **Resistir y rehacerse:** **una reconceptualización de la experiencia traumática** **desde la Psicología Positiva**

**Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático**

Beatriz Vera Poseck

*Trauma is about devastation and resilience...*

*"Es tan jodido enfrentarse al dolor. Sentimos la punzada del dolor y decimos "es culpa de ella, o de él, o culpa mía, o culpa de mi padre, o culpa de mi madre, o culpa de Dios..."Y tratamos de zafarnos... ¡y todo sucede en un segundo!, ¡sentimos dolor...juzgamos! ¡Fuera ese dolor! Luchamos contra el dolor como si fuera a destruirnos cuando en realidad, si lo aceptamos, lo que hará será curarnos".*

**(Samuel Shem, 1997. Monte Miseria)**

*"Cuando estudiemos las fuerzas que permiten a las personas sobrevivir y adaptarse, los beneficios para nuestra sociedad sin duda serán mayores que todo el esfuerzo por construir modelos de prevención primaria, cuya meta es limitar la incidencia de la vulnerabilidad".*

**(Garmezy, 1971. Citado por Gottlieb, 1999)**

*"El concepto de resiliencia ha acabado con la dictadura del concepto de vulnerabilidad"*

**(Stanislaw Tomkiewicz, 2001. La resiliencia: resistir y rehacerse)**

Los atentados que convulsionaron Madrid el 11 de marzo de este año han despertado entre medios de comunicación y profesionales de la salud mental un gran interés por comprender y explicar cómo el ser humano hace frente a las experiencias traumáticas. Más allá de los modelos patogénicos de salud que durante estos días son asumidos por la mayoría de los expertos y por la propia población, que focalizan su atención en las debilidades del ser humano y conciben al sujeto que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología, existen otras formas de entender y conceptualizar el trauma que, desde modelos más salutogénicos, entienden al individuo como un sujeto activo y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de la vivencia de adversidades. Una concepción que puede enmarcarse dentro de una rama de la psicología de reciente aparición, la psicología positiva, centrada en estudiar y comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano.

Al focalizar la atención de forma exclusiva en los potenciales efectos patológicos de la vivencia traumática, se ha contribuido a desarrollar una "cultura de la victimología" que ha sesgado ampliamente la investigación y la teoría psicológica (Gillham y Seligman, 1999, Seligman y Csikszentmihakyi, 2000) y que ha llevado a asumir una visión pesimista de la naturaleza humana. Así, podemos decir que dos peligrosas asunciones subyacentes a esta cultura de la victimología en relación al trauma son: (1) que el trauma siempre conlleva grave daño y (2) que el daño siempre refleja la presencia de trauma (Gillham y Seligman, 1999).

Desde la psicología positiva se recuerda que el ser humano tiene una remarcable capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada e inexplicada por la psicología durante muchos años (Park, 1998; Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002). Así, distintos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo salutogénico que, basado en métodos

positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Paton et al., 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000; Gist y Woodall, 2000; Bartone, 2000; Manciaux, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

En el campo de la salud mental, es habitual la presencia de ideas esquemáticas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad (Avia y Vázquez, 1998), ideas erróneas preconcebidas acerca de cómo reaccionamos ante determinadas situaciones, basadas únicamente en prejuicios y estereotipos y no en hechos y datos comprobados. Así, se ha tendido a ignorar las diferencias individuales en la respuesta a situaciones estresantes (Everstine y Everstine, 1993; Peñacoba y Moreno, 1998), y la literatura científica sobre duelo y trauma ha asumido que existe una respuesta unidimensional y de muy escasa variabilidad en las personas que sufren pérdidas o experimentan sucesos traumáticos (Bonanno, 2004).

Frente a esta línea de pensamiento, existen en la literatura científica estudios que caminan en otra dirección. Uno de los más conocidos, es un pionero estudio de Wortman y Silver (1989) que revela la existencia de un gran número de ideas preconcebidas acerca de la respuesta humana ante la pérdida, ideas fuertemente arraigadas en la cultura occidental aún sin pruebas que demuestren su veracidad. Así, por ejemplo, señalan la idea tradicionalmente aceptada de que la depresión o la desesperación intensas son inevitables ante la muerte de seres queridos por lo que cualquier persona que sufra una pérdida irreparable se deprimirá, o el hecho de que ante una pérdida el sufrimiento es necesario y su ausencia indica negación, evitación y patología. En su estudio, ambas autoras recopilan un amplio espectro de resultados empíricos que demuestran que suposiciones de este tipo no son correctas: la mayoría de la gente que sufre una pérdida irreparable no se deprime, las reacciones de duelo y sufrimiento no son necesarias y su ausencia no significa necesariamente que exista o vaya a existir un trastorno. Y es que la gente normal suele resistir con insospechada fortaleza los embates de la vida, e incluso ante

sucesos extremos hay un elevado porcentaje de personas que muestra una gran resistencia y que sale psicológicamente indemne o con daños mínimos del trance (Avia y Vázquez, 1998; Bonanno, 2004).

Este estudio debe servirnos para comprender la gran cantidad de ideas erróneas sobre la respuesta humana que se asumen sin evidencias empíricas, quizá, como hipotetizan estas autoras, debido a una tendencia del ser humano a interpretar los hechos en el sentido de sus creencias y expectativas (profecías autocumplidas).

La idea de que la ausencia de sufrimiento tras la pérdida de un ser querido es patológica se sustenta sobre la creencia general arraigada en la sociedad occidental de que aquellas personas que no expresan su dolor o no dan señales de angustia son personas frías y emocionalmente distantes, a las que la persona fallecida no importaba demasiado, o son personas que están negando la pérdida e inhibiendo sus emociones. Sin embargo, existen evidencias que demuestran que estas suposiciones no tienen por qué ser ciertas. Por ejemplo, un reciente estudio prospectivo realizado con 205 individuos que habían sufrido la pérdida de su pareja, en el que se tomaron medidas antes de la muerte y 6 y 18 meses después, demuestra que casi la mitad de los participantes (45%) siguieron una pauta de afrontamiento resiliente, mientras que la respuesta que se ha tomado como común en situaciones de duelo, esto es, al principio una elevada depresión que va declinando con el tiempo, la siguió sólo un 10% de los sujetos (Bonanno, Wortman et al., 2002). Algo importante a resaltar en este estudio y que puede ser tomado como un hecho común, es que incluso estas personas resilientes afirmaron haber sentido emociones negativas, pensamientos negativos y rumiaciones en determinados momentos posteriores a la pérdida. La diferencia estriba en que en su caso fueron transitorios y no interfirieron en la habilidad de continuar funcionando en otras áreas de la vida ni de experimentar afectos positivos (Bonanno, 2004). Este resultado enlaza con las aportaciones de Calhoun y Tedeschi que serán posteriormente revisadas y confirman su idea acerca de que el

crecimiento postraumático no supone la ausencia de emociones negativas, de hecho, necesita de ellas.

A estos estudios subyace una importante idea y es que la complejidad de las reacciones humanas va más allá de los estereotipos ramplones impuestos por muchas de las teorías vigentes sobre el duelo y las pérdidas irreparables (Avia y Vázquez, 1998).

Siguiendo la trayectoria que, a través de los años, ha seguido el estudio del duelo y la pérdida, quizá sea posible establecer un paralelismo con el estudio del trauma. En este sentido, las teorías tradicionales sobre duelo han asumido unas determinadas creencias sobre cómo han de comportarse las personas que han sufrido la muerte de un ser querido, cómo ha de ser el proceso normal de duelo, la necesidad de elaborar y trabajar la pérdida con ayuda de profesionales... sin que exista realmente evidencia científica sólida que las sostenga (Stroebe y Stroebe, 1987; Wortman y Silver, 1998; Bonanno y Kaltman, 2001). Así, a partir de los años 80, desde la investigación científica se ha venido demostrando que estas asunciones eran erróneas y que las respuestas del ser humano ante el duelo y la pérdida son mucho más complejas y poseen muchos más matices de lo que la psicología tradicional había venido asumiendo.

Si bien es cierto que los síntomas del duelo y del trauma son cualitativamente distintos, también es cierto que los procesos de afrontamiento y recuperación de ambos eventos adoptan pautas equiparables (Bonanno, 2004), por lo que parece lícito pensar que la trayectoria en la investigación del trauma pueda seguir un curso semejante. Y es que de forma similar a lo que ha ocurrido en el estudio del duelo, la aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, concretamente en el desarrollo de trastornos de estrés postraumático (TEPT) o sintomatología asociada, de forma que estas reacciones patológicas han pasado a ser consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos, más aún, se ha tendido a estigmatizar a aquellos sujetos que no

mostraban estas reacciones, asumiendo que dichos individuos sufrían de raras y disfuncionales patologías (Bonanno, 2004). Sin embargo, la realidad demuestra que, si bien, algunos de los sujetos que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, también es cierto que en la mayoría de los casos esto no es así, y que incluso algunos sujetos son capaces de aprender y beneficiarse de la experiencia.

A grandes rasgos, la reacción de un sujeto que se enfrenta a una experiencia traumática puede adoptar diferentes formas:

-Trastorno: La psicología tradicional se ha centrado en este aspecto de la respuesta humana, asumiendo que potencialmente toda persona expuesta a una situación traumática puede desarrollar un TEPT u otras patologías (Mitchell, 1992; Paton et al., 2000) y elaborando estrategias de intervención temprana destinadas a todos los sujetos afectados por un suceso de esta índole. Sin embargo, el porcentaje de sujetos expuestos a sucesos traumáticos que desarrollan patologías posteriores es mínimo. Además, no hay que olvidar que del porcentaje de sujetos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología la mayoría se van recuperando de forma natural y en un breve espacio de tiempo recuperan el nivel normal de funcionalidad. De forma que el porcentaje de personas que desarrollan un trastorno duradero o crónico es mínimo.

Un estudio realizado tras los atentados del 11-S demuestra que si bien en una primera evaluación realizada un mes después de los atentados la prevalencia de TEPT en la población general de Nueva York era de 7,5%, 6 meses después había descendido a un 0,6% (Galea et al., 2003), de forma que la gran mayoría de estas personas habían seguido un proceso de recuperación natural donde los síntomas desaparecen y se vuelve a un nivel de funcionalidad normal. Es importante resaltar, aunque no sea un tema a tratar aquí, que resultados como este ponen en tela de juicio la utilidad real de un diagnóstico como el de Trastorno de Estrés Postraumático, ya que estaríamos frente a un trastorno que se cura con el mero paso del tiempo sin ayuda de profesionales. Y en este sentido, puede que sea más

adecuado pensar que esta prevalencia de 7,5% refleja parte de un conjunto de reacciones iniciales normales ante un suceso extremadamente adverso, que erróneamente se han considerado como síntomas patológicos y se han agrupado para convertirlos en un trastorno psiquiátrico. Y es que no parece extraño pensar que una persona enfrentada a un acontecimiento traumático, directa o indirectamente, experimente pesadillas, recuerdos recurrentes, sintomatología física asociada... La gran mayoría de las respuestas de aflicción y sufrimiento experimentadas y comunicadas por las víctimas son normales, incluso adaptativas. Insomnio, pesadillas, memorias intrusivas (algunas de las conductas y pensamientos tomados como síntomas de PTSD) reflejan facetas de respuestas normales frente a sucesos anormales (Summerfield, 2000).

-Trastorno retardado: Algunas personas enfrentadas a un suceso traumático y que no han desarrollado patologías en un primer momento, pueden hacerlo mucho tiempo después, incluso años más tarde. Sin embargo, la aparición de este tipo de casos es relativamente infrecuente.

Recuperación: Muchos de los sujetos que viven una experiencia traumática experimentan en los primeros momentos síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés, que no deben ser considerados como patológicos, sino como reacciones normales ante situaciones anormales. Desde la psicología tradicional se ha tendido a ignorar este fenómeno de la recuperación natural, y se ha asumido que es necesaria la intervención de profesionales con el fin de prevenir la potencial aparición de patologías. Sin embargo, los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática siguen este proceso de recuperación natural y no desarrollan ningún tipo de trastorno. En este sentido, parece necesario establecer si la intervención psicológica en situaciones de crisis debe realizarse con todas las personas como ha venido creyéndose hasta ahora (la técnica conocida como debriefing es un reflejo de esta suposición) o si realmente el valor de estas intervenciones ha sido sobreestimado.

-Resiliencia: Un fenómeno al que tradicionalmente se ha prestado poca atención pero que en los últimos años ha comenzado a ser objeto de estudio es la resiliencia. Personas resilientes que enfrentadas a un suceso traumático no experimentan síntomas disfuncionales ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática. Este fenómeno ha tendido a ser considerado como raro o propio de personas excepcionales, con alguna característica especial, sin embargo, está claramente demostrado que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas (Masten, 2001).

-Crecimiento: Otro fenómeno que ha tendido a no recibir la atención de los teóricos del trauma es el de la posibilidad de aprender y crecer a partir de experiencias adversas. Como en el caso de la resiliencia, la investigación ha demostrado que este es un fenómeno común, y son muchas las personas que consiguen encontrar beneficio en la vivencia traumática, en el proceso de lucha que han tenido que emprender. De hecho, unos dos tercios de los supervivientes de experiencias traumáticas encuentran caminos a través de los cuales beneficiarse de su lucha contra los abruptos cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas (Tedeschi y Calhoun, 2000).

En definitiva, lo que se deduce de las investigaciones actuales sobre trauma y adversidad, es que las personas son mucho más fuertes de lo que la psicología ha venido considerando. Los psicólogos han subestimado la capacidad natural de los supervivientes de experiencias traumáticas de resistir y rehacerse (Bonanno, 2004).

George Orwell escribe en "Homenaje a Cataluña", a propósito de sus experiencias como combatiente en la Guerra Civil española, que cuando se es testigo de una catástrofe no se ve uno abocado necesariamente a la desilusión y al escepticismo.



“Es curioso –afirma- pero después de las experiencias que he vivido no tengo menos sino más fe que antes en la honradez de los seres humanos. Esta guerra me ha dejado muchísimos recuerdos desagradables, pero no habría querido perdérmela”.

Para Víktor Frankl, superviviente de los campos de concentración nazi y conocido por el desarrollo del concepto de psicología existencial y la logoterapia, es precisamente una situación excepcionalmente difícil lo que da al hombre la oportunidad de crecer espiritualmente más allá de sí mismo; *“el hombre que se levanta es aún más fuerte que el que no ha caído”*. Una experiencia traumática es siempre negativa, pero lo que suceda a partir de ella depende de cada persona. En la mano del hombre está elegir su opción, que o bien puede convertir su experiencia negativa en victorias, la vida en un triunfo interno, o bien puede ignorar el desafío y limitarse a vegetar y a derrumbarse (Frankl, 1946).

El porqué la psicología ha ignorado durante tantos años la otra cara del afrontamiento traumático, la positiva, es una cuestión que merece ser considerada. En este sentido, algunos autores afirman que existe un proceso social de carácter cognitivo, la “amplificación social del riesgo” que se refleja en una tendencia general a sobreestimar la magnitud, generalización y duración de los sentimientos de los demás (Paton et al., 2000; Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1978), tendencia que quizá puede explicar en parte la victimización a la que se ven sometidas aquellas personas que sufren experiencias traumáticas.

Se ha venido considerando que tras sufrir una experiencia traumática las personas, al ser invadidas por emociones negativas como tristeza, ira o culpa se muestran incapaces de experimentar emociones positivas. De hecho, históricamente, la aparición y potencial utilidad de las emociones positivas en contextos adversos ha sido ignorada o rechazada como una forma de negación poco saludable (Bonanno, 2004) y como un impedimento hacia la recuperación (Sanders, 1993). Sin embargo, recientemente, la investigación ha demostrado que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas

(Folkman y Moskowitz, 2000; Calhoun y Tedeschi, 1999; Shuchter y Ziskook, 1993) y además pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen a la experimentación de dichas circunstancias (Fredrickson, 1998). A través de esta nueva manera de entender la experiencia traumática, sería completamente lícito, y, de hecho, se comprueba que así es, que personas que han sufrido alguna experiencia traumática manifiesten y expresen emociones y sentimientos positivos. En este sentido, algunas investigaciones ofrecen resultados novedosos y concluyentes. En 1987 un grupo de personas que sufría lesiones medulares fue entrevistado en diferentes momentos tras haber sufrido la lesión incapacitante. Los resultados demuestran que la experiencia de emociones positivas se da desde los primeros días tras el accidente, siendo estos sentimientos positivos más frecuentes que los negativos a partir de la tercera semana (Wortman y Silver, 1987).

En dos estudios llevados a cabo por Keltner y Bonanno en una misma muestra de 40 sujetos que habían sufrido la muerte de su pareja, se demostró que aquellas personas que exhibían sonrisas genuinas (aquellas en las que se activa el músculo orbicular del ojo) cuando hablaban sobre su reciente pérdida presentaban un mejor ajuste funcional, un mejor estado de sus relaciones interpersonales y menores niveles de dolor y angustia 6, 14 y 25 meses después de la pérdida (Keltner y Bonanno, 1987; Bonanno y Keltner, 1997).

En otro estudio realizado con supervivientes de accidentes con daños en la médula espinal, en el que fueron entrevistados 29 individuos que habían sufrido una lesión medular y se encontraban paralizados, en el que se pretendía examinar la relación entre la atribución causal que hacían las víctimas de sus accidentes y su habilidad para afrontar su situación y en el que algunas de las cuestiones que se planteaban a los sujetos tenían que ver con su estado de ánimo y sus sentimientos de felicidad, se encontró que aunque los accidentados percibían su situación como relativamente negativa, referían a la vez que su sentimiento de felicidad no había desaparecido y era bastante mayor del que habrían esperado. Al puntuar la felicidad en una escala de 0 a 5 la media fue 3, e incluso en casos en los que en el

accidente no había más personas involucradas o cuando la persona continuaba creyendo en un mundo justo, las puntuaciones pasaban del 4 (Janoff-Bulman y Wortman, 1977).

En un estudio más reciente sobre el atentado en Nueva York del 11 de septiembre (uno de los pocos estudios sobre el 11-S que no se han centrado en estudiar la patología y la vulnerabilidad), se ha demostrado que experimentar emociones positivas como gratitud, amor o interés, entre otras, tras la vivencia de un suceso traumático, aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realza el afrontamiento activo y promueve la desactivación fisiológica, mientras que a largo plazo, minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento (Fredrickson et al., 2003).

Todos estos estudios ponen en evidencia la incuestionable presencia de las emociones positivas en contextos de adversidad, y dan cuenta de los potenciales efectos beneficiosos que éstas tienen, enfrentándose directamente con concepciones tradicionales en las que la presencia de emociones positivas en situaciones negativas suponía un reflejo de negación o trastorno encubierto.

Podemos encontrar en la literatura científica tres conceptos que tienen que ver con esta corriente positiva de pensamiento en torno a la psicología del trauma: hardiness, resiliencia y crecimiento postraumático.

### **Hardiness o el concepto de personalidad resistente**

El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi los psicólogos que desarrollan y teorizan sobre este constructo, al observar el hecho de que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno. En años posteriores, han sido muchos los autores que han investigado sobre este tópico y los estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado su existencia y su relación positiva con la salud física y mental tanto actual como futura (Florian, Mikulincer y Taubman, 1995). En

este sentido, podemos encontrar estudios que relacionan la personalidad resistente con reactividad cardiovascular (Wiebe, 1991), optimismo (Scheier y Carver, 1987), síntomas depresivos (Funk y Houston, 1987), estrés (Topf, 1989), niveles de inmunoglobina A (Dillon y Totten, 1989), salud mental general (Maddi y Khoshaba, 1994, Florian et al., 1995), burnout (Boyle et al., 1991, Hills y Norwell, 1991), personalidad tipo A (Nowack y Pentkowski, 1994) o calidad de vida (Evans et al., 1993), entre otros.

Desde las perspectivas tradicionales la ecuación del estrés es, en definitiva, una ecuación pesimista que cuestiona aquella orientación psicológica que subraya la iniciativa y la resistencia del ser humano. Por el contrario, la personalidad resistente refleja una perspectiva fundamental y olvidada en la psicología, aquella que enfatiza la salud en lugar de la enfermedad (Peñacoba y Moreno, 1998).

Frente a las limitaciones de la concepción tradicional del ser humano como sujeto pasivo y reactivo, en la que los individuos son considerados meras víctimas de los cambios que acontecen en su entorno, Kobasa y Maddi proponen un cambio en el estudio del estrés y establecen el concepto de *hardiness* o personalidad resistente, apostando por interpretaciones más optimistas del funcionamiento humano (Kobasa, 1979a). El concepto de personalidad resistente se desarrolla a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecen tener unas características de personalidad que les protegen. Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. Mientras que las personas no resistentes, mostrarían carencias en el sentido del compromiso (alienación), un locus de control externo y una tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado (Allred y Smith, 1989).

La personalidad resistente se asocia con una tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos en términos menos amenazadores (Kobasa, 1982) y sus

efectos están mediados por mecanismos de evaluación del ambiente y por mecanismos de afrontamiento (Kobasa, 1979b). En efecto, se ha demostrado que las personas resistentes experimentan los eventos estresantes de forma similar a las personas menos resistentes, si bien, evalúan estos eventos como menos amenazantes y se mantienen más optimistas sobre su habilidad para afrontarlos (Allred y Smith, 1989; Wiebe, 1991; Florian et al., 1995), lo que resulta en una menor activación del organismo y en una menor probabilidad de enfermar a raíz de sufrir un evento estresante.

Por ejemplo, un estudio realizado con un grupo de hombres y mujeres resistentes y no resistentes (2x2) encuentra que aquellos sujetos calificados como resistentes evaluaron un estresor objetivo como menos amenazador que aquellos sujetos menos resistentes. Además, encontraron que la personalidad resistente está asociada a mayores niveles de afecto positivo y menores de afecto negativo y de respuestas psicofisiológicas de estrés. También demostraron que los sujetos resistentes mostraron una mayor tolerancia a la frustración. Además, aunque ambos grupos mostraron un incremento en su tasa cardiaca ante el estímulo presentado, en los hombres resistentes el incremento fue menor. En las mujeres no hubo diferencia. En suma, concluye la autora de la investigación, parece adecuado considerar la variable hardiness como moderadora del estrés. (Wiebe, 1991).

La personalidad resistente actuaría a través de diferentes vías:

-Contribuyendo a modificar las percepciones sobre el estímulo estresante: los sujetos con personalidad resistente serían más propensos a percibir los estímulos estresantes como positivos y controlables.

-Induciendo a un determinado estilo de afrontamiento (coping transformacional): las características de personalidad resistente pueden moderar los efectos del estímulo estresante facilitando estrategias de coping adaptativas o inhibiendo estrategias poco adaptativas. Así, al utilizar el coping transformacional se perciben los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento, por

lo que se les hace frente de manera optimista y activa, en contraste con los individuos que utilizan el coping regresivo, que evitan o se separan de los estímulos potencialmente estresantes.

-Afectando indirectamente a las estrategias de afrontamiento a través de la influencia del apoyo social.

- Favoreciendo cambios hacia determinados estilos de vida saludables: La variable hardiness influiría en determinadas prácticas como el ejercicio o el descanso, que repercutirían finalmente en la salud del individuo. En este sentido, se ha demostrado que existen relaciones positivas entre personalidad resistente y estilos de vida saludables (Wiebe y McCallum, 1986, Nagy y Nix, 1989).

Esta característica de personalidad no puede entenderse como un rasgo inherente y estático sino como el resultado cambiante de la relación individuo-medio. En este sentido, no se debe pasar por alto que el concepto de personalidad resistente está íntimamente ligado al existencialismo, y la teoría existencial resultó central en los comienzos del concepto, al concebir la personalidad como una transacción entre los componentes del ambiente y las predisposiciones del individuo, de forma que el individuo no es concebido como portador de unos rasgos estáticos e internos, sino como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones y al concebir la vida como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés (Peñacoba y Moreno, 1998). De hecho, los componentes que se han venido considerando claves en la descripción de la personalidad resistente son tres conceptos claramente existencialistas: compromiso, control y reto.

.Compromiso: Las personas con compromiso poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a situaciones de ansiedad. Esta cualidad contribuye a mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida.

.Control: Las personas con control buscan explicaciones sobre el porqué de los acontecimientos tanto en las acciones de los demás como en su propia responsabilidad. Así, la capacidad de control permite al individuo percibir en

muchos de los acontecimientos estresantes consecuencias predecibles debidas a su propia actividad, y en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, siendo capaces de interpretar los acontecimientos estresantes e incorporarlos dentro de un plan personal de metas, transformándolos en algo consistente con el sistema de valores del organismo y no en perturbador.

.Reto: Hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Así, la mayor parte de la insatisfacción asociada a un evento estresante puede ser evitada al entender el evento como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal, y no como una amenaza a la propia seguridad. Sin embargo, este componente ha sido el peor evaluado y el más inconsistente con el resto de las dimensiones. De hecho muchos autores defienden que este componente debería ser excluido de la conceptualización de la personalidad resistente ya que afirman que no existe unidad en el concepto de hardiness y que las tres variables no están igualmente relacionadas. Así, aunque compromiso y control si tendrían relación con la salud, la variable reto no parece guardar ninguna relación (Hull et al., 1987, Funk et al, 1995).

Se ha afirmado que el mecanismo por el cual puede actuar la personalidad resistente al reducir la posibilidad de enfermedad es el menor uso que los sujetos con alta personalidad resistente harían de estrategias de afrontamiento inefectivas y regresivas (Kobasa, 1982b). Los sujetos resistentes no experimentarían los fenómenos de forma cualitativamente distinta que los no resistentes, simplemente los interpretarían como más positivos y tendrían un mayor control sobre su afrontamiento (Rhodewalt y Agustsdottir, 1984).

El entrenamiento en personalidad resistente se apoya en la hipótesis de que si la personalidad resistente puede aprenderse en la niñez, también puede ser aprendida en la edad adulta (Peñacoba y Moreno, 1998). Kobasa y Maddi, desde el Hardiness Institute han desarrollado un programa de entrenamiento compuesto por tres técnicas relacionadas (reconstrucción situacional, focalización y autocompensación) que tiene como objetivo incrementar la personalidad resistente , de modo que los

individuos sean capaces de enfrentarse a situaciones estresantes transformándolas en menos estresantes. Frente a otros programas de reducción de estrés que se centran en disminuir la respuesta de estrés producida por determinados estímulos estresantes, este entrenamiento focaliza su actuación en la causa de la respuesta de estrés, es decir, trata de evitar la experiencia del estímulo estresante. Por lo que podemos hablar de que se trataría de un tratamiento preventivo. Un efecto especialmente llamativo de los resultados obtenidos por este entrenamiento es que el incremento de la personalidad resistente se sigue produciendo de manera paulatina, incluso cuando el programa ya ha concluido (Peñacoba y Moreno, 1998).

Se ha propuesto que la variable *hardiness* actuaría sobre la salud de dos formas distintas. De forma indirecta ("buffering role"), reduciendo el impacto de los eventos estresantes a través del empleo de estrategias de afrontamiento positivas y de forma directa, por la que los propios factores componentes del constructo, principalmente el compromiso, actuarían reduciendo la tensión psicológica asociada a la enfermedad (Hull et al., 1987). Sin embargo, la evidencia empírica avala los efectos directos de *hardiness* sobre la salud pero no así los indirectos, de los que se ha sido puesta en duda su existencia (Hull et al., 1987, Funk y Houston, 1987).

Las primeras medidas de evaluación de este constructo se desarrollaron a partir de escalas que ya existían y que evaluaban cada uno de los tres componentes básicos de la personalidad resistente. No es hasta principios de los 80 cuando se elaboran escalas específicamente destinadas a medir el concepto, (escalas de primera generación), que consistían básicamente en la eliminación de aquellas escalas que no habían resultado significativas para discriminar entre sujetos resistentes y no resistentes. Así, el resultado final consistió en un conjunto de cinco escalas que quedaron contenidas en una escala de 71 ítems denominada *Unabridged Hardiness Scale* (UHS), en la que se mide la personalidad resistente exclusivamente a través de indicadores negativos. Dada la excesiva longitud de la escala, poco después se elaboraron dos versiones abreviadas de la misma (escalas de segunda generación) conocidas como *Abridged Hardiness Scale* (AHS) de 20 ítems y *Revised Hardiness*



*Scale* (RHS) de 36 ítems, escalas que seguían manteniendo la medida del concepto a través de indicadores negativos.

A finales de los 80, se desarrollan nuevas escalas (escalas de tercera generación) que vienen a subsanar los errores y carencias de las anteriores. Así, fruto de las críticas recibidas por la utilización exclusiva de marcadores negativos, que estarían evaluando desajuste más que una variable saludable como es la personalidad resistente, surgen la *Personal Views Survey* (PVS) de 50 ítems y la *Dispositional Resilience Scale* (DRS) de 40 ítems, que proporcionan medidas separadas de control, compromiso y reto a través de marcadores negativos y positivos. Sin embargo, aunque esta nueva generación de escalas tiene mejores cualidades que sus predecesoras, continúan teniendo serias limitaciones, por ejemplo, el hecho de que aunque se han añadido ítems positivos, los negativos continúan siendo mayoría o que la fiabilidad de las medidas de los tres componentes de personalidad resistente por separado sea escasa, frente a la alta fiabilidad del indicador global (Peñacoba y Moreno, 1998). La elevada presencia de ítems negativos ha llevado a algunos autores a afirmar que algunas de estas escalas parecen medir no tanto personalidad resistente sino neuroticismo (Funk, 1992). Al hablar de neuroticismo se hace referencia a una serie de sentimientos negativos, incluyendo ansiedad, disforia y hostilidad (Costa y McRae, 1995). Los individuos con altas puntuaciones en neuroticismo tienen frecuente quejas somáticas, aunque su estado objetivo no difiera del resto de los individuos (Peñacoba y Moreno, 1998). Y es que parece adecuado pensar que dado que se maneja una variable saludable, los marcadores negativos no son los más apropiados para evaluarla. Además, con su utilización se parte de la idea errónea de que altas puntuaciones en una característica están indicando bajas puntuaciones en otra característica diferente (Funk y Houston, 1987). Así, a través de las medidas actuales, la variable hardiness se operativiza como la ausencia de alienación, impotencia y necesidad de seguridad y un locus de control externo, lo que puede suponer la principal fuente de confusión con la variable neuroticismo (Allred y Smith, 1989). Al afirmar que las medidas de

hardiness están contaminadas por la variable neuroticismo, se alerta sobre el hecho de que la relación hardiness-salud encontrada en algunos estudios pudiera estar reflejando simplemente la relación entre neuroticismo y quejas somáticas, no enfermedad real (Allred y Smith, 1989). La variable dependiente de la mayoría de los estudios ha sido la información subjetiva que ha dado el propio paciente de su propia enfermedad y sintomatología, no la enfermedad objetiva. Así, los individuos considerados como resistentes pueden no estar menos enfermos que los no resistentes, sino que simplemente sean más reacios a reconocer su enfermedad para no dañar su imagen de personas fuertes y vigorosas (Hull et al., 1987). En el sentido contrario, los individuos considerados como menos resistentes pueden no estar más enfermos que los resistentes, sino que se quejan más.

Así, algunos estudios encuentran que las relaciones entre hardiness y enfermedad no se replican cuando se controla la variable neuroticismo (Funk y Houston, 1987). Si bien, otros datos ponen de manifiesto que el control del neuroticismo no elimina los efectos de hardiness en la enfermedad (Florian et al, 1995).

Un estudio realizado con 84 estudiantes de psicología encuentra que, aunque la mayoría de los efectos potencialmente atribuibles a la variable hardiness desaparecen al controlar la variable neuroticismo, algunos de ellos se mantienen. Por ejemplo, aquellos estudiantes más resistentes no sólo mostraron mayor cantidad de estados positivos que los menos resistentes en la condición de alto estrés, sino que la cantidad de estados positivos en la condición de alto estrés fue mayor que en la condición de bajo estrés. Por el contrario, los estudiantes menos resistentes mostraron menor número de estados positivos en la condición de alto estrés que en la condición de bajo estrés. Además, se encontró que los sujetos resistente presentaban una mayor activación psicofisiológica ante el estímulo estresor asociada al uso de estrategias de afrontamiento cognitivo. Así, concluyen los autores, aunque los resultados de la investigación apoyan algunos aspectos del constructo, es necesario un mayor refinamiento metodológico y conceptual del mismo (Allred y Smith, 1989).

De un estudio realizado con 276 sujetos de 18 años que se encontraban realizando el servicio militar obligatorio en Israel con el objetivo de comprobar la relación de la variable hardiness con la salud mental los autores, tras realizar un análisis factorial basado en la correlación de Pearson y controlar la variable neuroticismo, concluyen que sus resultados apoyan la hipótesis de que, al menos, algunos de los componentes del constructo hardiness (concretamente compromiso y control) contribuyen a la salud mental de los sujetos a través de mecanismos de afrontamiento y evaluación (Florian et al., 1995).

Aunque muchos estudios han encontrado relaciones positivas entre personalidad resistente y salud, existen también algunas críticas al concepto y estudios que no han encontrado estas relaciones o, por lo menos, con matices (Funk y Houston, 1987, Schmied y Lawler, 1986, Hull et al., 1987). En este sentido, una de los puntos que más polémica ha suscitado es la propia unidad del concepto hardiness. Así, aunque Kobasa y Maddi siempre lo plantearon como un constructo unitario compuesto de tres factores o dimensiones y presentaron análisis factoriales que apoyaban su propuesta, otros autores han puesto en duda esta unicidad y presentan revisiones de estudios en las que se evidencia su más que fundamentada duda.

Aunque los análisis factoriales de los ítems de las escalas que miden hardiness aportan información relevante acerca de la multidimensionalidad del constructo, los análisis factoriales de las subescalas encuentran una estructura de tres factores (Funk y Houston, 1987, Peñacoba y Moreno, 1998).

Hull et al. (1987) presentan 5 estudios en los que no se apoya la idea de la unidad del concepto y concluyen que ante esos resultados no parece existir razón científica alguna para continuar considerando la variable hardiness como un constructo unitario. En esta línea, la dimensión que en todos los casos presenta más problemas es la de reto, mientras que las de control y compromiso sí tienden a aparecer relacionadas entre sí, aunque quizá no a los niveles que cabría esperar. Ante esto, Hull et al. concluyen que la dimensión de reto se elimine definitivamente

del constructo, ya que no parece contribuir a la predicción de la salud, y que se centre investigación en la acción independiente del control y el compromiso (siendo esta última la dimensión que presenta efectos más consistentes).

En general, si *hardiness* es un concepto unitario caracterizado por tres dimensiones intensamente relacionadas, las correlaciones entre dichas dimensiones deberían ser más robustas de lo que realmente se ha demostrado que son (Peñacoba y Moreno, 1998).

Sin embargo, y a pesar de las críticas y las deficiencias del concepto, no podemos olvidar que ninguno de los autores que la critican niegan su existencia, todos advierten de la necesidad de refinar y mejorar el concepto. Para Peñacoba y Moreno, dos psicólogos españoles que han realizado una profunda y exhaustiva revisión sobre el concepto de personalidad resistente, es fundamental desarrollar un conjunto de investigaciones que den soporte empírico a un constructo teórico válido, comenzando por la elaboración de instrumentos de evaluación que tengan realmente la validez de concepto necesaria.

Es necesario, por tanto, recuperar el concepto de *hardiness* y analizar nuevas posibilidades de evaluación (Peñacoba y Moreno, 1998).

Por último, sería interesante quizá intentar aplicar el constructo al estudio del trauma. En este sentido, si bien el concepto de personalidad resistente aparece originalmente ligado al estrés y su afrontamiento, y aunque no debemos confundir el estrés con el trauma, ya que son dos cosas distintas (Everstine y Everstine, 1993), si parece apropiado expandir el campo de actuación de esta característica de personalidad y parece correcto pensar que las personas con una alta capacidad de resistencia al estrés también puedan presentar mayor capacidad de resistencia ante experiencias traumáticas, por lo que sería interesante investigar en este sentido.

### **Resiliencia o la capacidad de resistir y rehacerse**

Desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de *resiliencia* como aquella cualidad de las personas para resistir y rehacerse ante situaciones

traumáticas o de pérdida. La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux et al., 2001).

Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad (Masten, 2001; Bonanno, 2004). La posibilidad de que la ausencia de sufrimiento tras una pérdida sea indicativo de resiliencia no ha sido considerada por la psicología tradicional (Bonanno, Wortman et al, 2002), aunque está claramente demostrado que un considerable número de individuos muestra poco o nada de sufrimiento tras una pérdida personal (Bonanno y Kaltman, 2001). Del mismo modo, los teóricos del trauma han tendido a sorprenderse cuando individuos expuestos a un suceso traumático no mostraban signos de estrés postraumático, considerando a estas personas como excepcionales (Bonanno, 2004). Sin embargo, los estudios han demostrado que la resiliencia no es un fenómeno inusual ni extraordinario, muy al contrario es un fenómeno común que surge a partir de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001).

La resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux et al., 2001). Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno. Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental. No se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y su proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrułnik, 2001). La

resiliencia nunca es absoluta, total, lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma siempre puede superar los recursos del sujeto (Manciaux et al., 2001).

La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática han conseguido encajarlas y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, a menudo en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (Manciaux, et al., 2001).

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven. Sin embargo, es poca la investigación científica que se ha realizado en torno a este punto (Bonanno, 2004).

En este sentido, se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes. Por ejemplo, se ha afirmado que los sesgos positivos a favor de uno mismo (self-enhancement) pueden ser adaptativos y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992, Masten et al., 1999, Bonanno, 2004). Así, un estudio realizado con población civil bosnia que vivió la Guerra de los Balcanes encuentra que aquellos sujetos que tenían esta tendencia hacia el sesgo positivo presentaban un mejor ajuste que aquellos que no contaban con dicha característica (Bonanno et al., 2002).

En estudios con niños, uno de los factores que más evidencia empírica acumula en su relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Richters y Martínez, 1993, Masten et al., 1999, Masten, 2001, Manciaux et al., 2001),

El concepto de resiliencia ha sido desarrollado principalmente desde dos países distintos, y ha adoptado matices diferentes en cada uno de ellos. Así, el concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia como la capacidad no sólo de salir indemne de una experiencia adversa sino de aprender de ella y mejorar. Sin

embargo, el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos es más restringido, y hace referencia exclusivamente al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona enfrentada a un suceso adverso a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático. Así, desde la corriente norteamericana se sugiere que el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que se utilicen términos como florecimiento (*thriving*) o crecimiento postraumático para hacer referencia a la obtención de beneficio o el cambio a mejor tras la experiencia traumática (Carver, 1998, O`Leary, 1998). Esta confusión terminológica es reflejo de la relativa reciente aparición de la corriente que estudia los potenciales efectos positivos de la experiencia traumática (Park, 1998), razón por la que, en la actualidad aún se carece de un léxico estándar sobre el que trabajar y a través del que unificar intereses.

De todas formas, en ambos casos, dos dimensiones son inseparables del concepto de resiliencia: la resistencia a un trauma y la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable.

Es importante también diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación (Bonanno, 2004), ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

El primero que utilizó en sentido figurado el concepto de resiliencia, tomándolo prestado de la terminología física, fue Bowlby (1992) quien la definió como el resorte moral o la cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir. En un principio, la resiliencia surge a partir de la observación de comportamientos individuales, a priori paradójicos e inesperados, que parecían casos aislados y anecdóticos pero que con el tiempo se ha ido descubriendo que son frecuentes en muchas personas (Vanistendael, 2001), y la resiliencia ha pasado a ser entendida como hecho real y probado. Uno de los primeros estudios

científicos que ayudaron al establecimiento de la resiliencia como tópico de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. 30 años después, el 80% de estos niños, habían evolucionado positivamente y se desarrollaron como adultos competentes y bien integrados (Werner, y Smith, 1982, 1992). Este estudio, realizado en un marco que no era la resiliencia, ha tenido un papel importantísimo en el surgimiento de la misma (Manciaux et al., 2001). Es precisamente a través del estudio de niños en condiciones difíciles de donde se nutre en gran parte el concepto de resiliencia. Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que es esta una suposición sin fundamento científico y que un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado.

En esta sentido, se ha manejado tradicionalmente la idea de que un niño maltratado se convertirá con toda probabilidad en un adulto maltratador. Sin embargo, esta afirmación es falsa en dos de cada tres casos en los que no hay atención especial, y mucho más a menudo si se ayuda al niño correctamente (Tomkiewicz, 2001).

Aunque la resiliencia ha sido aplicada tradicionalmente al estudio de niños en situaciones de extrema adversidad, en la actualidad su campo de actuación no se restringe únicamente a este sector de la población, y, de hecho, se estudia la resiliencia también en población adulta al mismo nivel que en población infantil (O`Leary, 1998).

En el estudio llevado a cabo por Fredrickson y colaboradores a partir de los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, se encontró que la relación entre resiliencia y ajuste tras los atentados estaba mediada por la experimentación de emociones positivas. Así, se afirma que las emociones positivas protegerían a las personas contra la depresión e impulsarían su ajuste funcional. De hecho, se ha



sugerido que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia (Fredrickson et al., 2003). Por otro lado, parece ser que la experimentación y expresión de emociones positivas elicitán a su vez emociones positivas en los demás, de forma que las redes de apoyo social se ven fortalecidas (Fredrickson et al., 2003).

En esta misma línea, la investigación ha demostrado que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva (Block y Kremen, 1996; Klohnen, 1996). Y si bien puede argumentarse que la experimentación de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, también existe evidencia de que las personas resilientes utilizan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca. Así, se ha encontrado que las personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Fredrickson et al., 2003).

### **Crecimiento postraumático o aprendizaje a través del proceso de lucha**

El concepto de crecimiento postraumático 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). Para la corriente americana, este concepto, aunque estrechamente relacionado con otros como *hardiness*, o resiliencia no es sinónimo de ellos, ya que, al hablar de crecimiento postraumático no sólo se hace referencia a que el individuo enfrentado a una situación traumática consigue sobrevivir y resistir sin sufrir trastorno alguno, sino que, además la experiencia opera en él un cambio positivo que le lleva a una situación mejor a la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000). Sin embargo, como ya se ha expuesto, según la forma de concebir

el término de los franceses, si serían equiparables crecimiento postraumático y resiliencia.

La idea del cambio positivo fruto del hombre enfrentado a la adversidad aparece ya en la psicología existencial de autores como Frankl, Maslow, Rogers o Fromm. Además, la concepción del ser humano como capaz de transformar la experiencia traumática en aprendizaje y crecimiento personal ha sido un tema central en siglos de literatura, poesía, filosofía... (Saakvitne, Tennen y Affleck, 1998). Sin embargo, ha sido ignorada por la psicología clínica científica durante muchos años. En la actualidad, existe una sólida base empírica que demuestra que esto es real y la psicología ha comenzado a tomarlo en consideración.

Es importante recordar, que cuando hablamos de crecimiento postraumático nos referimos al cambio positivo que experimenta un individuo no por el suceso traumático en sí, sino como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de él. Tampoco hay que dejar de lado el hecho de que aunque el crecimiento postraumático es un fenómeno común en individuos que han sufrido diferentes eventos traumáticos no es universal. No todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella (Park, 1998; Calhoun y Tedeschi, 1999).

En relación a este tema, se han venido realizando gran variedad de estudios que intentan definir qué características y qué variables determinan que se de este crecimiento postraumático. Concretamente, las investigaciones se han centrado en delimitar qué características de personalidad facilitan o impiden un desarrollo o un cambio positivo a raíz de experiencias traumáticas. Optimismo, esperanza, sentimientos religiosos y extraversión son algunas de las características que de forma más frecuente aparecen en los estudios como factores de resistencia y crecimiento.

Calhoun y Tedeschi, dos de los autores que más han aportado a este concepto, dividen en tres categorías el crecimiento postraumático que pueden experimentar

los individuos: cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida.

Cambios en uno mismo: Un sentimiento común en muchas de las personas que se enfrentan a una situación traumática es un aumento en la confianza en las capacidades de uno mismo para afrontar cualquier adversidad que pueda ocurrir en el futuro. Al lograr hacer frente a un suceso traumático el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier otra cosa. Este tipo de cambio puede encontrarse en aquellas personas que por sus circunstancias se han visto sometidas a roles muy estrictos u opresivos en el pasado y que a raíz de la lucha que han emprendido contra la experiencia traumática han conseguido oportunidades únicas de redireccionar su vida. Dicen las "Madres de la Plaza de Mayo" (quienes perdieron a sus seres queridos durante la dictadura Argentina) que empezaron a vivir el día que desaparecieron sus hijos. Ellas, amas de casa en su mayoría, sin metas, sin sueños, descubrieron con la desaparición de sus familiares que había algo por lo que luchar y por lo que soñar, se convirtieron en defensoras de una causa. Con este tema, enlazan también los trabajos que indican que la convicción política e ideológica es el principal factor positivo de resistencia en presos políticos y torturados (Pérez Sales y Vázquez, 2003).

La visión de uno mismo como más fuerte y poseedor de más altos niveles de autoeficacia que muchas personas experimentan en su lucha con el trauma no conlleva necesariamente una sensación de invulnerabilidad, de hecho, paradójicamente, puede coexistir con un incremento de la sensación de vulnerabilidad.

Cambios en las relaciones interpersonales: La investigación demuestra que existe un significativo número de personas que, a raíz de la vivencia de una experiencia traumática, ven fortalecidas sus relaciones con otras personas. Suele ser común la aparición de pensamientos tales como "ahora se quienes son mis verdaderos amigos y me siento mucho más cerca de ellos que antes". Muchas familias y parejas enfrentadas a situaciones adversas dicen sentirse más unidas que antes del

suceso. En un estudio realizado con un grupo de madres cuyos hijos recién nacidos sufrían serios trastornos médicos, los resultados demostraron que un 20% de estas mujeres decían sentirse más cercanas que antes a sus familias y que su relación se había fortalecido (Affleck, Tennen y Gershman, 1985). Por otro lado, a veces, el haber hecho frente a una experiencia traumática despierta en las personas sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas y promueve conductas altruistas.

Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida: Las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que construimos nuestra forma de ver el mundo. Las experiencias traumáticas pueden desbaratar las suposiciones sobre las que las personas construyen su vida día a día (Janoff-Bulman, 1992). Es el tipo de cambio más frecuente. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática, se hace consciente de la realidad de la muerte, y esto puede conllevar a una mayor apreciación del valor de las pequeñas cosas de la vida, del día a día.

Aunque se tiende a pensar que la mayoría de la evidencia empírica sobre la existencia de resiliencia y crecimiento postraumático se ha basado en estudios de caso único de personas excepcionalmente fuertes o extraordinarias (Masten, 2001), la realidad demuestra que existen estudios sistemáticos que analizan grandes grupos de sujetos y que encuentran resultados favorables que apoyan el hecho de que son fenómenos comunes. Así por ejemplo, en un estudio realizado con 154 mujeres que en su infancia habían sufrido abuso sexual, casi la mitad de ellas (46,8%) informaron de haber encontrado algún tipo de beneficio en la experiencia vivida, beneficios que pudieron agruparse en cuatro categorías: capacidad de protección de los niños frente al abuso, capacidad de auto-protección, incremento en el conocimiento del abuso sexual y desarrollo de una personalidad más resistente y autosuficiente. Este estudio viene a contradecir la creencia tradicional de que la mayoría de las personas que sufren abuso sexual en la infancia desarrollan un sentimiento de indefensión que les hace vulnerables, y sugiere que

muchas de las mujeres abusadas parecen salir fortalecidas de su experiencia y con mayores herramientas para protegerse a sí mismas y a sus hijos (McMillen y Zurvain, 1995). En la línea de lo que afirman Calhoun y Tedeschi sobre la coexistencia de emociones positivas y negativas, un 88.9% de las mujeres que percibieron beneficio de la experiencia de abuso sexual informaron también de percepción de daño.

En un estudio retrospectivo realizado con 36 supervivientes de una catástrofe en una plataforma petrolífera a los que se entrevistó 10 años después del suceso, se encontró que un 61% de los sujetos entrevistados percibían algún beneficio resultante de su trágica experiencia, beneficios relacionados con la mejora en las relaciones personales, crecimiento emocional y seguridad económica (Hull, Alexander y Klein, 2002).

En otro estudio llevado a cabo con padres que habían perdido a un hijo en un accidente de coche se encontró que un 29% de estos padres encontraban que a raíz de la tragedia ocurrida su matrimonio se había fortalecido, mientras que un 32% indicó que las relaciones con sus demás hijos habían mejorado (Lehman et al., 1989).

Mucha de la investigación que se ha llevado a cabo en este área, se ha centrado en individuos enfrentados a enfermedades graves y hospitalizaciones de larga duración. En este sentido, existe un gran volumen de estudios que demuestran de forma sólida la existencia de procesos de crecimiento o aprendizaje en estos pacientes. Así, podemos encontrar estudios que encuentran evidencia de pacientes de cáncer que han encontrado beneficios de su experiencia (Taylor, Lichtman y Word, 1984). En este estudio, cuando los participantes fueron preguntados acerca de si su vida había cambiado desde que conocían su enfermedad, el 70% contestaron afirmativamente, de los cuales un 60% consideraron que dicho cambio había sido positivo, en la mayoría de los casos los pacientes informaron de haber aprendido a tomarse la vida más fácilmente y disfrutar más de ella.

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).

Un conjunto de población que ha recibido gran atención por parte de los profesionales de la salud mental es el de las personas que han sufrido ataques cardíacos. Se ha encontrado a lo largo de diversos estudios que muchas personas infartadas perciben beneficios de su mala experiencia (Affleck et al. 1987). En un estudio realizado con 287 hombres víctimas de ataques cardíacos, en el que se pretendía evaluar la atribución causal y el beneficio percibido y a los que se entrevistó siete semanas tras el primer infarto y ocho años más tarde, se demostró que aquellos individuos que habían percibido beneficios tras un primer ataque (al ser entrevistados siete semanas después), tenían menos posibilidades de sufrir un segundo ataque y exhibían una mejor recuperación ocho años después. Quizá la explicación a este hecho sea que el beneficio más frecuentemente citado entre los paciente fue la comprensión de las ventajas de llevar una vida saludable, aunque dado que no se realizó un análisis de las conductas de estos individuos, sólo se puede establecer esta relación como conjetura. Pero los beneficios percibidos no se quedaron sólo en esto, muchos de los pacientes encontraron que el infarto les había hecho reconsiderar sus valores, prioridades y sus relaciones interpersonales. Pero además, se comprobó que aquellos hombres que habían sufrido un nuevo ataque cardíaco en ese período de ocho años tendían a encontrar más beneficio que aquellos que no habían recaído (Affleck et al. 1987)

Abordando el fenómeno de la vivencia de experiencias traumáticas y la posibilidad de un crecimiento personal posterior al trauma, Tedeschi y Calhoun afirman que parte de las personas que experimentan crecimiento postraumático continúan experimentando emociones negativas y estrés, incluso, yendo más lejos, llegan a afirmar que para experimentar dicho crecimiento es necesaria la coexistencia en el individuo de emociones positivas y negativas. En muchos casos, sin la presencia de

estas emociones negativas, el crecimiento postraumático no se dará (Calhoun y Tedeschi, 1999). No debe olvidarse tampoco el hecho de que la experiencia de crecimiento no indica necesariamente que el individuo vaya a verse libre de sufrir las consecuencias potencialmente negativas de un suceso traumático, es decir, no es una garantía y no necesariamente elimina el dolor ni el sufrimiento (Park, 1998, Calhoun y Tedeschi, 2000).

Una buena ilustración de esta afirmación la podemos encontrar en un estudio de caso único que se llevó a cabo con una mujer de 55 años que había perdido a su marido. En su lucha contra su pérdida, ella encontró una serie de beneficios y cambios positivos en su vida, por ejemplo, dejó de fumar, comenzó a hacer ejercicio, descubrió lo importante de los pequeños detalles del día a día... Sin embargo, 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... (Yalom y Lieberman, 1991). Esta mujer ofrece un buen ejemplo de cómo puede y de hecho, suele, darse una mezcla de cambios positivos que ocurren en algunos dominios de la vida y al mismo tiempo coexisten experiencias y sentimientos negativos que persisten en otros dominios (Calhoun y Tedeschi, 1998). En este sentido, es importante resaltar que el crecimiento postraumático debe ser entendido siempre como un constructo multidimensional. Es decir, el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no experimentarlos o experimentar cambios negativos en otros dominios (Calhoun y Tedeschi, 1998).

Para muchas personas, hablar de un crecimiento después del trauma, de una ganancia personal, es algo inaceptable e incluso obsceno. Sin embargo, está en nuestras órdenes biológicas luchar por la supervivencia, adaptarnos a las circunstancias más ingratas. Y esta supervivencia determinada biológicamente da lugar a procesos de adaptación que conllevan con frecuencia tanto beneficios como costes (Saakvitne et al., 1998). En este sentido conviene resaltar cuando se habla de crecimiento postraumático no se hace referencia a ese tipo de crecimiento con

connotaciones religiosas que seguramente evoque este concepto, a ese dogma religioso que exalta el sufrimiento personal como forma de alcanzar la vida eterna. En absoluto. Ojalá nadie tuviera que sufrir nunca un hecho de este tipo, el sufrimiento no debe ser el medio para alcanzar la felicidad. Pero si debemos aceptar que una vez que el sufrimiento está presente también puede estarlo la felicidad.

Conviene dejar claro, una vez más, que la experiencia de crecimiento personal no es equivalente a la ausencia de estrés y sufrimiento. El dolor subjetivo y el crecimiento personal pueden coexistir en muchos individuos (Park, 1998, Calhoun y Tedeschi, 1999).

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. De un lado, podemos pensar en el crecimiento postraumático como un resultado, el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que le llevan a encontrar beneficio en su experiencia. Sin embargo, son pocos los estudios que han identificado estrategias específicas que conlleven crecimiento. De otro lado, podemos concebir el crecimiento postraumático como una estrategia en sí misma, 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).

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 severidad 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).

Cabe preguntarse entonces si el psicólogo ha de actuar como impulsor de este crecimiento, si es un profesional cualificado para hacerlo, si existen fórmulas de proceder para que este crecimiento se produzca. La respuesta a estas cuestiones, según Calhoun y Tedeschi, ha de ser negativa. El crecimiento postraumático no puede ser creado por el terapeuta, sino que debe ser descubierto por el propio sujeto. El terapeuta debe ser capaz de descubrir y percibir en el paciente los distintos signos del despertar de este crecimiento para encauzarlos y ayudar en su desarrollo. (Calhoun y Tedeschi, 1999). De esta manera, no parece posible crear un estado de crecimiento, es más, no todas las personas serán capaces de aprender de su experiencia traumática, peor es importante resaltar que algunos si lo harán. Hay que ser cauteloso en la práctica clínica en el tema del crecimiento o la percepción de beneficio de la experiencia traumática, es importante que el clínico no ejerza ningún tipo de presión hacia la percepción de beneficio en el paciente, pues eso puede acabar conllevando sentimientos de frustración en pacientes que son incapaces de encontrar dicho beneficio (McMillen, Zuravin y Rideout, 1995).

La posibilidad de que los niveles de resiliencia o resistencia puedan ser incrementados en los individuos es aún una gran intriga que plantea enormes implicaciones (Bartone, 2000). De hecho, si somos capaces de entender cómo y por qué algunas personas resisten y se benefician de experiencias extremadamente adversas, y somos capaces de enseñar esta habilidad a los demás, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables (Carver, 1998). Es necesario por tanto un gran volumen de investigación empírica que lleve a clarificar la naturaleza de los procesos de resistencia y crecimiento.

## **Conclusiones**

Vivir una experiencia traumática es quizá una de las situaciones que más aportan a la vida de una persona. Sin quitar un ápice de la severidad, gravedad y horror de estas vivencias, no podemos olvidar que es en situaciones extremas cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores (Janoff-Bulman, 1992, O`Leary, 1998, Calhoun y Tedeschi, 1998), de manera que en esta reconstrucción puede darse un aprendizaje y un crecimiento personal (Calhoun y Tedeschi, 1999). Por esta razón, debemos exigirnos ampliar el campo de estudio sobre el que la psicología lleva actuando varias décadas, construyendo modelos conceptuales capaces de incorporar la dialéctica de la experiencia postraumática y aceptar que lo aparentemente opuesto puede coexistir de forma simultánea (Saakvitne et al., 1998).

La psicología no es sólo psicopatología y psicoterapia, nos encontramos frente a la ciencia que estudia la mente humana y debemos pedir que se ocupe de todos sus aspectos, no exclusivamente de sus debilidades y trastornos. En esta línea, debemos intentar reconducir el estudio de la respuesta humana ante el trauma con el fin de desarrollar nuevas formas de intervención que se basen no tanto en la patología y el trastorno sino en un modelo más positivo, centrado en la salud y la prevención, basado en intervenciones que faciliten la recuperación y el crecimiento personal. Se trata de adoptar en lugar de un paradigma patogénico, un paradigma salutogénico para la conceptualización, investigación, diseño y aplicación de intervenciones efectivas para el trauma (Stuhlmiller y Dunning, 2000).

Quizá una de las primeras tareas sea cambiar las creencias culturales y la terminología arraigada en nuestras sociedades, modificando la creencia de que a una experiencia traumática sólo sigue el dolor y la angustia y aceptando el hecho de que emociones positivas, aprendizaje y beneficio son también consecuencias de este tipo de experiencias (Park, 1998).

Cada cierto tiempo salen a la luz en los medios de comunicación historias que sorprenden y emocionan acerca de cómo el ser humano es capaz de superar y crecer tras el trauma. Tanto la prensa escrita como la televisión dedican páginas y tiempo a mostrar a la opinión pública a personas "excepcionales" que han conseguido "superar" su trauma: Un hombre que tras quedarse parapléjico de manera fortuita, diez años más tarde es capaz de afirmar que después del accidente se volvió más humano, sensible y humilde, y de mostrarnos como ha sido capaz de continuar con su vida, continuar practicando todo tipo de deporte...". Cuando tienes un accidente tienes dos opciones: o te conviertes en una víctima o aprendes de lo que te ha ocurrido y te superas." (Arroyo, 2002). Este tipo de historias, que se nos presentan como casos aislados de personas especiales son hechos comunes entre las personas que se enfrentan a experiencias extremas y es labor de la psicología pero también de los medios de comunicación hacer comprender esta realidad. El ser humano, como sociedad, debe ir cambiando las expectativas culturales, creando la conciencia social de que el trauma no es sólo dolor y sufrimiento sino también la posibilidad de transformación y crecimiento (Park, 1998). A esto nada contribuye la tendencia victimista y negativa que se ha seguido tras sucesos como el 11-S o el 11-M. Han aparecido de forma repetida en los medios de comunicación opiniones relativas al estrés postraumático como una "epidemia escondida", sugiriendo de esta forma una entidad tan real y concreta como un agente infeccioso y tan capaz como éste de causar patologías a gran escala que, además, no desaparecen con el paso del tiempo (Summerfield, 1999). Todos hemos tenido ocasión de comprobar esto tanto en el más lejano 11 de septiembre de 2001 como en los atentados ocurridos en Madrid el 11 de marzo de este año, cuando las televisiones se llenaron de profesionales de la salud mental alertándonos de las potenciales patologías y traumas que iba a desarrollar la ciudadanía madrileña. De esta forma, la palabra trauma pasa a formar parte del vocabulario cotidiano de la población y se perpetúa la cadena victimista y la visión del ser humano como débil y necesitado de ayuda.

La labor del psicólogo debe ir por el camino de reorientar a las personas para que encuentren la manera de aprender y crecer con su experiencia traumática. Y esto se puede conseguir estudiando no sólo la patología, la debilidad y el daño, sino la fuerza, la virtud y la capacidad de crecimiento personal, aplicando las bases de la psicología positiva a la concepción del trauma. Desde la concepción patogénica del mundo se concibe al ser humano como débil frente a las desgracias. Desde la reconceptualización que propugna la psicología positiva el hombre se hace fuerte y capaz de aprender de todas sus experiencias.

## Referencias bibliográficas

- Affleck, G., Tennen, H. y 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., Croog, S. y Leve, S. (1987) *Casual attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack: An 8-year study*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (1): 29-35
- Affleck, G. Y Tennen, H. (1991) *The effect of newborn intensive care on parent`s psychological well-being*. Children`s Health Care, 20: 6-14
- Affleck, G. y Tennen, H. (1996) *Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning*. Journal of Personality, 64(4):899-922
- Allred, K.D. y Smith, T.W. (1989) *The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat*. Journal of Personality and Social Psychology, 56: 257-266
- Arroyo, C. *¿Quién dijo miedo?* EL PAIS suplemento 17 Abril 2002
- Avia, MD. y Vázquez, C. (1999) *Optimismo Inteligente*. Madrid, Alianza Editorial
- Bartone, PT. *Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War* En: Violanti, JM., Patton, D. y Dunning, D.(Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*, Charles C. Thomas. Publisher, LDT. Springfield, Illinois, 2000
- Block, J. y Kremen, A.M. (1996) *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness*. Journal of Personality and Social Psychology, 70:349-361
- Bonanno, G.A. (2004) *Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* American Psychologist, 59(1): 20-28
- Bonanno, G.A. y Kaltman, S. (2001) *The varieties of grief experience*. Clinical Psychology Review, 21:705-734
- Bonanno, G.A. y Keltner, D. (1997) *Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement*. Journal of Abnormal Psychology, 106:126-137
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002) *Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss*. Journal of Personality and Social Psychology, 83, 1150-1164
- Bonanno, G.A., Field, N.P., Kovacevic, A. Y Kaltman, S. (2002) *Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States*. Personality and Social Psychology Bulletin, 28: 184-196
- Boyle, A., Grap, M.J., Younger, J. y Thornby, D. (1991) *Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses*. Journal of Advanced Nursing, 16(7): 850-857

Brickman,P., Coates,D., Janoff-Bulman,R. (1978) *Lottery winners and accident victims: Is hapinnes relative?* Journal of Personality and Social Psychology,36 (8): 917-927

Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G.(1998) *Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice research.* Journal of Social Issues, 54(2): 357-372

Calhoun,L.G. y Tedeschi,R.G. (1999) *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician ´s Guide.* New Jersey: LEA

Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (2000) *Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth.* En: Violanti, JM., Patton, D. y Dunning, D.(Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*, Charles C. Thomas. Publisher, LDT. Springfield, Illinois, 2000

Carver, C.S. (1998) *Resilience and thriving: issues, models and linkages.* Journal of Social Issues, 54(2): 245-266

Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985) *Hypocondriasism neuroticism and anging: When are somatic complaints unfounded?.* American Psychologist, 40: 19-28

Cyrułnik, B. (2001) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Madrid, Gedisa, 2002

Davidson, J.R.(2002) *Surviving disaster: what comes after trauma?* British Journal of Psychiatry, 181: 366-368

Dillon, K.M. y Totten, M.C. (1989) *Psychological factors, inmunocompetence and health of breast-feeding mothers and their infants.* Journal of Genetic Psychology, 150: 155-162

Evans, D.R., Pellizzari, J.R., Culbert, B.J. y Metzen, M.E. (1993) *Personality, marital and occupational factors associated with quality of life.* Journal of Clinical Psychology, 49(4): 477-485

Everstine, D. y Everstine, L. (1993) *The Trauma Response.* New York: Norton

Gillham, JE. y Seligman MEP.(1999) *Footsteps on the road to a positive psychology.* Behavior Research and Therapy, 37:163-173

Florian, V., Mikulincer, M. y Taubman, O. (1995) *Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping.* Journal of Personality and Social Psychology, 68(4):687-695

Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000) *Positive affect and the other side of coping.* American Psychologist, 55(6): 647-654

Frankl, V. (1946) *El hombre en busca de sentido.* Madrid: Herder, 1998

Fredrickson, BL. y Tugade, MM. (2003) *What Good are Positive Emotions in Crises?A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11<sup>th</sup>, 2001.* Journal of Personality and Social psychology, vol.84 (2):365-27

- Funk, S.C. (1992) *Hardiness: A review of theory and research*. Health Psychology, 11(5):335-345
- Funk, S.C. y Houston, B.K. (1987) *A critical analysis of the Hardiness Scale`s validity and utility*. Journal of Personal and Social Psychology, 53:572-578
- Galea, S., Vlahovm, D., Ahern, J., Susser, E.Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003) *Trends of probable post-traumatic stress Disorder in New York City after the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks*. American Journal of Epidemiology, 158(6): 514-524
- Gist, R. y Woodall, J. (2000) *There are no simple solutions to complex problems*. En: J.M.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (81-96)Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- Hills, H. y Norwell, N. (1991) *An examination of hardiness and neuroticism as potential moderators of stress outcomes*. Behavioral Medicine, 17(1): 31-38
- Hull, J.G., Treuren, R.R. y Virnelli, S. (1987) *Hardiness and Health : A critique and alternative approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 53(3): 518-530
- Hull, A.M., Alexander, D.A. y Klein, S. (2002) *Survivors of the Piper Alpha platform disaster: long-term follow-up study*. British Journal of Psychiatry, 181: 433-438
- Janoff-Bulman, R. y Wortman, C. (1977) *Atributions of blame and coping in the real world: Severe accident victims react to their lot*. Journal of Personality and Social Psychology, 35: 351-363
- Janoff-Bulman, R.(1992) *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press
- Keltner, D. y Bonanno, G.A.(1997)*A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement*. Journal of Personality and Social Psychology, 73(4):687-702
- Kobasa, S.C. (1979a) *Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness*. Journal of Personality and Social Psychology, 37(1): 1-11
- Kobasa, S.C.(1979b) *Personality and resistance to illness*. American Journal of Community Psychology, 7:413-423
- Kobasa, S.C. (1982) *Commitment and coping in stress resistance among lawyers*. Journal of Personality and Social Psychology, 42(): 707-717
- Lehman, D.R., Lang, E.L., Wortman, C.B. y Sorenson, S.B. (1989) *Long-term effects of sudden bereavement: Marital and parent-child relationships and children`s reactions*. Jorunal of Familiy Psychology, 2: 344-367
- Maddi, S.R. y Khoshaba, D.M. (1984) *Hardiness and mental health*. Journal of Personality Assesment, 63(2): 265-274
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001) *La resiliencia: estado de la cuestión*. En: Manciaux, M. (comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003
- Masten, A.S. (2001) *Ordinary Magic: Resilience processes in development*. American Psychologist, 56(3): 227-238

- Masten, A.S., Hubbard, J.J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N. Y Ramírez, M. (1999) *Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence*. Development and Psychopathology, 11: 143-169
- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G.(1995) *Perceived benefit from child sexual abuse*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(6): 1037-1043
- Mitchell, JT.(1992) *Protecting your people from critical incident stress*. Fire Chef, vol.36:61-67
- Nagy, S. y Nix, C.L. (1989) *Relations between preventive health behavior and hardiness*. Psychological Reports, 65: 339-345
- Nowack, K.M. y Pentkowski, A. (1994) *Lifestyle habits, substance use and predictors of job burnout in professional working women*. Work and Stress, 8(1): 19-35
- O`Leary, V.E. (1998) *Strength in the face of adversity: individual and social thriving*. Journal of Social Issues, 54(2)
- Orwell, G. Ed: Peter Davison (2003) *Orwell en España, Homenaje a Cataluña y otros escritos sobre la guerra civil española*. Barcelona: Tiempo de memoria, Tusquets Editores
- Park, C.L. (1998) *Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes*. Journal of Social Issues, 54(2)
- Paton, DG., Smith, L., Violanti, JM. y Eräen, L. *Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience*. En: Violanti, JM., Patton, D. y Dunning, D.(Eds.) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives, Charles C. Thomas. Publisher, LDT. Springfield, Illinois, 2000
- Peñacoba, C. y Moreno,B.(1998) *El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas*. Boletín de Psicología, vol.58:61-96
- Pérez-Sales, P. Y Vázquez, C. (2003) *Emociones positivas, trauma y resistencia*. Ansiedad y Estrés, 9(2-3):235-254
- Rhodewalt, F. y Augustsdottir, S. (1984) *On the relationship of hardiness to the Type A behavior pattern : Perception of life events versus coping with life events*. Journal of Research in Personality, 18: 212-223
- Richters, J.E. y Martínez, P.E. (1993) *Violent communities, family choices and children´s chances: an algorithm for improving the odds*. Development and Psychopathology, 5: 609-627
- Saakvitne, K.W., Tennen, H. y Affleck, . (1998) *Exploring thriving of clinical trauma theory: constructivist self development theory*. Journal of Social Issues, 54(2)
- Sanders, C.M. (1993) *Risk factors in bereavement outcome*. En: Stroebe, W., Stroebe, M.S y Hansson, R.O. (Eds.) Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention. Cambridge, England: Cambridge University Press



Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987) *Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health*. Journal of Personality, 55: 169-210

Schmied, L.A. y Lawler, K.A. (1986) *Hardiness, Type A behavior, and the stress-illness relation in working women*. Journal of Personality and Social Psychology, 51: 1218-1223

Shuchter, S.R. y Zisook, S. (1993) *The course of normal grief*. En: Stroebe, W., Stroebe, M.S y Hansson, R.O. (Eds.) *Handbook of Bereavement: Theory, research and intervention*. Cambridge, England: Cambridge University Press

Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000) *Positive Psychology: An Introduction*. American Psychologist, vol.55 (1):5-14

Stroebe, W y Stroebe, M.S.(1987) *Bereavement and health*.Cambridge, England: Cambridge University Press

Stuhlmiller, C. y Dunning, C. (2000) *Challenging the mainstream: from pathogenic to salutogenic models of posttrauma intervention*. En: JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (10-42)*Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD

Summerfield. D. (1999) Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico. En: Pérez Sales, P. (coord.) *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Exlibris, Madrid

Taylor, S. E., Lichtman, R.R. y Wood, J.V. (1984) *Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer*. Journal of Personality and Social Psychology, 46(3): 489-502

Tedeschi, RG. y Calhoun, LG. (2000) *Posttraumatic growth: A new focus in psycho traumatology*. Psy-talk, Newsletter of the British Psychological Society Student Members Group, April 2000

Topf, M. (1989) *Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses*. Research in Nursing and Health, 12: 179-186

Vanistendael, S. (2001) *La resiliencia en lo cotidiano*. En: Manciaux, M. (comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003

Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982) *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York, McGraw-Hill

Werner, E.E. y Smith, R.S. (1992) *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press

Wiebe, D.J. (1991) *Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanism*. Journal of Personality and Social Psychology, 60: 89-99

Wiebe, D.J. (1991) *Hardiness and stress moderation: A test pf proposed mechanisms*. Journal of Personality and Social Psychology, 60(1): 89-99

Wiebe, D.J. y McCallum, D.M. (1986) *Health practices and hardiness as mediators in the stress illness relationship*. Health Psychology, 5: 425-438

Wortman, CB. y Silver, RC. (1989) *The Myths of Coping With Loss*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol.57 (3): 349-357

Yalom, I.D. y Lieberman, M.A. (1991) *Bereavement and heightened existential awareness*. *Psychiatry*, 54: 334-345