

2. CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES¹

Lawrence G. Calhoun y Richard G. Tedeschi
UNC Charlotte (USA)

1. INTRODUCCIÓN

Un importante número de personas que buscan ayuda psicológica, especialmente en lugares ambulatorios, lo hacen porque se han encontrado con un importante desafío vital. Se ha empleado toda una variedad de términos para describir estas circunstancias diversas, incluyendo “crisis” (Caplan, 1967), “acontecimiento traumático” y “factor estresante traumático extremo” (American Psychiatric Association, 2000). Aunque las palabras elegidas reflejan algunas variaciones en la gravedad y la intensidad de las situaciones vitales, estas distintas expresiones se refieren a circunstancias que comparten elementos comunes.

El énfasis de este capítulo está en las respuestas de los individuos que se han encontrado con esos retos vitales, ya se llamen crisis, factores estresantes vitales, acontecimientos traumáticos u otras expresiones más o menos similares. Aunque se pueden trazar distinciones claras entre estas diferentes expresiones, el énfasis se encuentra en el amplio terreno de todos los desafíos vitales importantes que probablemente compartan características similares. Las clases de circunstancias que aparentemente representan una crisis vital para el individuo suelen ser aquellas que son poco habituales para el sujeto. Por ejemplo, acontecimientos como los de ser víctima de un asalto violento, exposición al combate, la muerte repentina de un ser querido, sobrevivir al desastre de algún transporte, etc. Las clases de acontecimientos que se experimentan como traumáticos habitualmente representan una amenaza significativa para la integridad y el bienestar físico del individuo, como el ser tomado como rehén, escapar al fuego que destruye el lugar donde uno vive o el sobrevivir al hundimiento de un barco de crucero. Otra característica de las crisis vitales es la percepción, por parte de los individuos que las sufren, de que sus circunstancias eran o son incontrolables. Junto con la percepción de falta de control, las circunstancias traumáticas a menudo tienen consecuencias que son irreversibles, o reversibles después de elevados niveles de esfuerzo y el paso de un notable espacio de tiempo. Estos desafíos vitales podrían

¹ *Capítulo traducido por V. E. Caballo*

incluir el quedar paralizado como consecuencia de un accidente, un diagnóstico de cáncer con el consiguiente tratamiento quirúrgico radical, o la muerte de un ser querido.

Un tema central de los desafíos vitales es que el énfasis se encuentra en su naturaleza “sísmica” (Calhoun y Tedeschi, 1998). De la misma forma que los terremotos pueden tener un impacto sobre el ambiente físico, los acontecimientos que representan crisis vitales importantes son aquellos que sacuden, desafían o, a veces, destruyen gravemente la forma del individuo de entender el mundo (Janoff-Bulman, 1992). Estas circunstancias sísmicas, caracterizadas por su cualidades amenazantes, incontrolables y potencialmente irreversibles, pueden producir una agitación importante en las suposiciones básicas del individuo sobre el mundo, su lugar en él y sobre como dar sentido a su vida diaria. Cuando esta sacudida de las bases del mundo asumido por el individuo (Parkes, 1970) alcanza un umbral suficientemente catastrófico, se puede pensar que el individuo está sufriendo una crisis vital importante.

El énfasis de la siguiente discusión se centra en los individuos que se enfrentan a estas clases de desafíos vitales y que buscan ayuda en los profesionales de la salud mental. En las secciones siguientes nos detendremos en los fundamentos generales sobre los que se basan nuestras ideas sobre las intervenciones clínicas, con un cierto énfasis en el crecimiento postraumático y, luego, proporcionaremos un marco general para la inclusión de temas de crecimiento postraumático en las intervenciones psicológicas.

2. FUNDAMENTOS DE LA PERSPECTIVA POSTRAUMÁTICA

Tenemos que empezar, lógicamente, con el recordatorio, quizás innecesario, de que los acontecimientos altamente estresantes suelen producir una variedad de respuestas perturbadoras en las personas que los experimentan. Sus respuestas son, a menudo, difíciles, casi siempre desagradables, a veces duraderas y, para algunas personas, las circunstancias traumáticas pueden llevar al desarrollo de trastornos psiquiátricos identificables. Sería un error, y un trágico malentendido de lo que estamos diciendo, si su interpretación fuera que lo que estamos indicando es que “*el trauma es bueno*” –con seguridad no estamos diciendo eso. Lo que estamos planteando y lo que indica la literatura empírica es que muchos individuos informan que, a pesar de las repercusiones negativas de las crisis vitales que han sufrido, han experimentado también transformaciones, que para algunas personas son experimentadas como radicales y

extraordinarias. Estas transformaciones positivas, que provienen de la experiencia de luchar con la tragedia, se han denominado crecimiento postraumático.

El *crecimiento postraumático* es un cambio positivo significativo que el individuo experimenta como consecuencia de la lucha con una crisis vital importante. Los relatos sobre cambios positivos asociados con la lucha ante acontecimientos altamente negativos han sido un asunto de las principales religiones, constituye un tema de muchas obras literarias, tanto antiguas como modernas y, más recientemente, se ha incluido en la literatura científica social y conductual. Pensadores pioneros como Caplan (1964) y Frankl (1963) han reconocido la posibilidad de que el cambio psicológico positivo pudiera ocurrir en el contexto de circunstancias altamente estresantes. En informes empíricos tempranos, el crecimiento asociado a los intentos por adaptarse a acontecimientos de elevado desafío se consideró como un factor periférico (p.ej., Andreasen y Norris, 1972; Lopata, 1973). Más recientemente, se han realizado investigaciones para analizar específicamente el proceso del crecimiento postraumático en personas que afrontan desafíos vitales importantes (p.ej., Calhoun y Tedeschi, 1989-1990; Maercker y Langner, 2001; Park, Cohen y Murch, 1996; Tedeschi y Calhoun, 1996). Los datos disponibles sugieren que al menos una minoría importante (aunque habitualmente es mayoría) de personas que se enfrenta a un amplio rango de desafíos vitales graves, incluyendo la pérdida de la casa durante un incendio, el divorcio, el nacimiento de un niño médicamente vulnerable, la violación, el trasplante de médula ósea, el combate y la cautividad en una guerra, el diagnóstico de sida y otros acontecimientos, informan de ciertos elementos de crecimiento postraumático en su lucha con las crisis importantes (Tedeschi y Calhoun, 1995).

2.1. Principales elementos del crecimiento postraumático

En primer lugar, unas breves palabras sobre la semántica de esta área de investigación. Nosotros fomentamos el empleo del término *crecimiento postraumático*, pero otros investigadores que abordan el mismo fenómeno general han utilizado sus propios términos, incluyendo el de *crecimiento relacionado con el estrés* (Park et al., 1996), *floreCIMIENTO* (Ryff y Singer, 1998), *productos secundarios positivos* (McMillen, Howard, Nower y Chung, 2001), *beneficios de la interpretación* (Affleck y Tennen, 1996), *desarrollo* (O'Leary y Ickovics, 1995), *descubrimiento del significado* (Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998) y *emociones positivas* (Folkman y Moskowitz, 2000).

Cada uno de esos términos puede considerarse sinónimo, o al menos compartiendo muchos aspectos, del crecimiento postraumático. Las clases de cambios positivos que experimenta un individuo en su lucha con el trauma pueden incluirse en tres grandes apartados: un cambio en la perspectiva de uno mismo, un cambio en la percepción de las relaciones con los demás y un cambio en la filosofía de la vida (Tedeschi y Calhoun, 2003).

2.1.1. Cambio en la percepción de uno mismo

Una expresión que resume este elemento de crecimiento es la frase aparentemente autocontradictoria “Soy más vulnerable, aunque más fuerte”. Los individuos que sufren acontecimientos vitales negativos suelen informar de una sensación de vulnerabilidad, congruente con la evidencia empírica de que han sufrido de formas que no podían controlar o prevenir (Janoff-Bulman, 1992). Sin embargo, un tema habitual de la experiencia de las personas que se han enfrentado a desafíos vitales importantes es un aumento de la sensación de sus propias capacidades para sobrevivir y permanecer (Calhoun y Tedeschi, 1999). “Si me enfrenté a eso y fui capaz de mantener mi integridad, entonces puedo enfrentarme con cualquier cosa que pueda sucederme. Soy mucho más fuerte de lo que nunca imaginé que sería”.

2.1.2. Cambio en las relaciones: más íntimas y significativas

Aunque el énfasis se encuentra en el crecimiento postraumático, es importante señalar que la ocurrencia de una crisis vital grave puede producir cambios negativos en las relaciones. Algunas de ellas pueden volverse menos importantes y otras pueden simplemente desaparecer. Sin embargo, una cuestión importante de este elemento del crecimiento postraumático es una sensación de estar más cerca de, y sentirse más cómodo con, las otras personas importantes de su entorno. Aunque puede que algunas relaciones no sobrevivan a la crisis vital, los individuos informan, a menudo, que “*puedes darte cuenta de quiénes son tus verdaderos amigos y esas relaciones son mejores y más profundas*”. Los individuos informan también de una *mayor comodidad y confianza a la hora de expresar* sus pensamientos y emociones a los demás. Esto parece ser, de alguna manera, una reflexión interpersonal sobre la mayor sensación de confianza en uno mismo, informada por muchas personas que se han enfrentado a

acontecimientos traumáticos. Un componente adicional de los elementos interpersonales del crecimiento postraumático es la experiencia de una *mayor sensación de compasión* por los otros que experimentan problemas vitales. Aunque esta mayor sensación de compasión se puede extender generalmente a otras personas, parece que el caso ocurre especialmente con aquellos que experimentan dificultades vitales similares. Como dijo un padre desconsolado:

Me he sentido atraído para ayudar cuando he encontrado a alguien cerca que ha perdido a su hijo. Le contactaré y le haré saber que estoy aquí para hablar si me necesita

2.1.3. Cambio de filosofía de la vida

Es más probable que los individuos que se enfrentan a crisis vitales importantes se comprometan cognitivamente con los asuntos existenciales fundamentales sobre la muerte y el objetivo de la vida. En su lucha con la crisis, muchos individuos experimentan un cambio significativo de sus filosofías de vida que consideran que tienen un valor fundamental. A menudo se informa de un cambio en las prioridades de la vida. Un cambio típico es que el individuo valore más las “cosas pequeñas” de la vida y menos las cosas aparentemente más importantes. Por ejemplo, la familia, los amigos y los pequeños placeres diarios pueden considerarse más importantes que antes y quizás ahora se vean como más importantes que otros, como el echar muchas horas en el trabajo. Una experiencia común es también un mayor aprecio por la vida y sus muchos pequeños aspectos. Como describe Hamilton Jordan (2000, p. 216) en su historia sobre su experiencia con el cáncer:

Después de mi primer cáncer, incluso las alegrías más pequeñas de la vida adquirieron un significado especial –observar un hermosa puesta de sol, un abrazo de mi hijo, reírme con Dorothy.

Una parte significativa de los individuos experimentan cambios importantes en los componentes *religiosos, espirituales y existenciales* de sus filosofías de vida. Por supuesto, el contenido específico varía de forma contingente al sistema inicial de creencias del individuo y a los contextos culturales en los que tiene lugar el enfrentamiento con una crisis vital. Sin embargo, un tema común es que después de un periodo de búsqueda espiritual o existencial, los sujetos informan, a menudo, que sus

filosofías de vida están más desarrolladas y son más satisfactorias e importantes para ellos.

Finalmente, los elementos que definen el crecimiento postraumático parecen ofrecer un complemento a los conceptos generales de sabiduría vital, especialmente en términos del desarrollo de la “pragmática fundamental de la vida” (Baltes y Smith, 1990) y de un posterior desarrollo de la propia narrativa vital del individuo (McAdams, 1993; Tedeschi y Calhoun, 1995).

2.2. El crecimiento postraumático y el bienestar psicológico

Una de las áreas en las que hay cierta inconsistencia de los datos empíricos es en las relaciones entre el crecimiento postraumático y la sensación de bienestar psicológico (Park, 1998; Calhoun y Tedeschi, 2004). Aunque algunos estudios han encontrado alguna relación entre las medidas de malestar y las medidas de crecimiento, otros no lo han hecho. Parece razonable suponer que la experiencia del crecimiento postraumático, por una parte, y el bienestar y el malestar psicológicos, por otra, sean dimensiones separadas. Esta suposición general es muy relevante para el contexto clínico, ya que los individuos que experimentan niveles importantes de crecimiento postraumático no experimentarán necesariamente una disminución proporcionada en sus niveles de malestar ni tampoco un aumento de sus niveles de felicidad. Pensamos que es posible que el mantenimiento del crecimiento experimentado podría requerir recordatorios cognitivos periódicos, que no son agradables, de lo que se ha perdido, pero también, de una forma aparentemente contradictoria, de lo que se ha ganado. El crecimiento postraumático puede conducir a una vida más satisfactoria y significativa, pero no parece ser lo mismo que estar sin preocupaciones, feliz o sintiéndose bien. Vivir una vida mejor no es necesariamente lo mismo que sentirse bien.

2.3. Fundamentos teóricos y empíricos

Nuestro concepto de crecimiento postraumático y de la inclusión de estos elementos en una intervención psicológica se basa en dos elementos: la creciente, pero todavía limitada, literatura sobre este fenómeno y nuestras experiencias clínicas como psicólogos clínicos practicantes. La literatura empírica centrada específicamente en el crecimiento postraumático, como ya hemos sugerido, es bastante reciente y todavía

escasa. Y, cuando uno se fía de la experiencia clínica, siempre existe la posibilidad de un sesgo inadvertido. Sin embargo, dado que nuestro concepto sobre el crecimiento postraumático posee algunos datos que lo apoyan, dicha forma de pensar parece ofrecer una expansión potencialmente útil de la manera en la que se llevan a cabo las intervenciones psicológicas con personas que se enfrentan al trauma y sus secuelas.

Pudiera haber algunos elementos relativos a un sesgo de mejora de uno mismo a la hora de trabajar con la experiencia del crecimiento postraumático (McFarland y Alvaro, 2000), pero esas distorsiones cognitivas no parecen explicar completamente la experiencia del crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 2004). Nuestro punto de vista es que el clínico debería abordar esas experiencias en sus pacientes, aceptando la realidad de la experiencia del individuo. Además, las pruebas empíricas de las que se dispone sugieren que las autoevaluaciones de crecimiento, por parte de los individuos que se enfrentan a cambios importantes en sus vidas, suelen correlacionar con las evaluaciones que hacen los demás (Park et al., 1996; Weiss, 2002), indicando que la experiencia del crecimiento postraumático es más que la simple manifestación de un sesgo cognitivo de mejora de uno mismo.

3. EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

3.1. No se trata de una nueva escuela o “técnica”

El crecimiento postraumático tiene lugar en personas que se enfrentan con una amplia variedad de acontecimientos estresantes importantes y esta experiencia es profundamente significativa, a veces de forma radical, para muchas personas. Parece razonable que la atención a este proceso pueda proporcionar un complemento útil a las intervenciones psicológicas elaboradas para ayudar a las personas a adaptarse más satisfactoriamente a las principales dificultades de la vida. Aquí planteamos la sugerencia de que no es una nueva técnica lo que se ha de emplear, ni tampoco se propone una nueva “escuela de terapia”. Nuestra recomendación es que los clínicos amplíen sus perspectivas de intervención para que los elementos del crecimiento postraumático, y la posibilidad de ayudar a los pacientes a desarrollarlos aún más, sean parte de la perspectiva clínica general que utilicen cuando intenten comprender y ayudar a las personas a las que la crisis les haya afectado psicológicamente. El marco dentro del

cual llevamos a cabo nuestro trabajo clínico se describe mejor como ecléctico. La manera en la que abordamos las cuestiones del crecimiento postraumático es guiada, a menudo, por algunos elementos de los puntos de vista constructivista y cognitivo. Sin embargo, la atención a los elementos del crecimiento postraumático es compatible con una amplia variedad de enfoques que son utilizados actualmente para proporcionar ayuda a las personas que están enfrentándose a una crisis.

3.2. La sugerencia de un marco

3.2.1. El compromiso y el procesamiento cognitivos

Hemos sugerido que las crisis vitales importantes tienen efectos sísmicos sobre los supuestos mundos de los individuos que las experimentan. La literatura empírica indica claramente que un elemento frecuente en la experiencia de las personas que se enfrentan a crisis vitales graves es un grado elevado de pensamientos “rumiadores”. Cuando se enfrentan a problemas vitales significativos es habitual que los individuos piensen continuamente sobre sus circunstancias, una forma de procesamiento cognitivo que se caracteriza por “dar sentido, solución de problemas, recuerdos y anticipación” (Martin y Tesser, 1996, p. 192).

Las crisis importantes de la vida representan un desafío significativo a los esquemas, creencias u objetivos de la vida fundamentales. En su encuentro con el acontecimiento traumático, el compromiso cognitivo del individuo (los pensamientos rumiadores recurrentes) suele reflejar la falta de ajuste entre lo que ha sucedido y la reacción del sujeto, por una parte, y los objetivos de la vida, las creencias y los esquemas organizativos, por la otra. Este compromiso cognitivo continuo con los elementos que han sido resaltados por la crisis, puede llevar al reconocimiento de que algunos objetivos de la vida ya no son alcanzables, que determinados esquemas ya no reflejan con precisión lo que pretendían y que ciertas creencias (p.ej., *el mundo es totalmente seguro*) ya no son válidas.

Como consecuencia de la, a veces, ardua tarea del compromiso cognitivo postraumático, los supervivientes de las crisis vitales importantes suelen desarrollar un sentido de la vida antes y después de la crisis vital como momento crucial (McAdams, 1993; Tedeschi y Calhoun, 1995). Esta consecuencia del enfrentamiento con el trauma puede ser especialmente aplicable cuando la crisis vital ha constituido un reto muy potente o ha invalidado esquemas u objetivos de orden superior (Carver, 1998).

Conforme el individuo reconoce que algunos objetivos ya no están disponibles y que algunos componentes de su presunto mundo no pueden asimilar la realidad empírica de las secuelas de la crisis, entonces es posible que el individuo comience a formular nuevos objetivos y que revise componentes importantes de su supuesto mundo, de forma que se ajuste a las circunstancias de la vida que han cambiado. Tanto en cuanto el compromiso cognitivo produzca estos tipos de cambios y el individuo comience a moverse hacia la consecución de los nuevos objetivos de su vida, podría esperarse, como consecuencia, un aumento de la satisfacción con la vida (Little, 1998).

Los individuos que tienen que enfrentarse a acontecimientos estresantes graves, a menudo sufren elevados niveles de malestar emocional que, para algunas personas, puede ser extenuante. Nuestra suposición es que para muchas personas el nivel de malestar emocional, que suele ser mayor en el periodo de tiempo que sigue a un estímulo estresante identificable, suele también estar acompañado por un compromiso cognitivo que es más automático que deliberado. Es más probable que las actividades cognitivas en las primeras etapas de la adaptación tengan elementos intrusos y que para las personas que se enfrenten a acontecimientos altamente traumáticos, el proceso podría incluir también imágenes intrusas. Conforme los mecanismos adaptativos del individuo se vuelvan más eficaces a la hora de manejar los elevados niveles de malestar emocional, la reducción del malestar y el proceso del compromiso cognitivo continuo con la crisis vital pueden conducir finalmente a la ruptura adaptativa con los objetivos y las creencias y suposiciones fundamentales que ya no son sostenibles. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, para algunas personas, este proceso puede llevar mucho tiempo, quizás meses o años, y es posible también que, para algunos individuos, el intento de adaptación a la pérdida o al trauma nunca logre un resultado psicológico totalmente satisfactorio (Wortman y Silver, 2001).

Para muchas personas que se enfrentan con pérdidas y crisis importantes, sus circunstancias suelen llevarles a que se comprometan cognitivamente en dos áreas generales: dar sentido a las circunstancias inmediatas y dar sentido a los elementos más fundamentales de la trascendencia surgida de las circunstancias (Calhoun, Selby y Selby, 1982; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998). La primera área refleja el proceso de intentar comprender la secuencia específica de los acontecimientos que produjeron el conjunto de circunstancias que la personas tiene que afrontar ahora. Por ejemplo, intentar comprender qué llevó a un ser querido a suicidarse o qué secuencia de acontecimientos dieron como resultado un accidente de tráfico. La segunda área general

refleja aspectos más amplios y abstractos, a menudo de naturaleza existencial o espiritual, sobre el significado fundamental de las circunstancias y cómo estas circunstancias pueden entenderse dentro de las suposiciones generales del individuo sobre el propósito y el significado de la vida. Por ejemplo, cuál es el significado o propósito fundamental de la trágica muerte por suicidio de un adolescente.

Una suposición central del enfoque del crecimiento postraumático para el tratamiento psicológico es que el desafío ante los elementos importantes del presunto mundo preexistente del individuo, incluyendo los objetivos vitales centrales y los esquemas fundamentales, lleva a un aumento proporcionado de la preeminencia cognitiva de estos elementos y a un incremento concomitante del compromiso cognitivo con ellos. Se supone también que el aumento en el compromiso cognitivo proporciona la oportunidad inicial para cambios significativos en importantes objetivos de orden superior y en esquemas vitales. Sin embargo, parte de la literatura disponible sobre “rumiación”, un término que actualmente suele ser utilizado para ser aplicado al pensamiento negativo centrado en uno mismo (Nolen-Hoeksema, McBride y Larson, 1997), podría verse como aparentemente contradictoria al enfoque actual.

El tipo de actividad cognitiva en la que nos estamos centrando, en este marco que estamos proponiendo, consiste en el pensamiento que Martin y Tesser (1996) describen como consciente, fácilmente señalizable, pero que puede ocurrir también sin una señal directa, y que implica intentos para dar sentido, solucionar problemas, recordar o anticipar. Cuando el centro de la atención se coloca en este tipo de pensamiento recurrente, existen algunas sugerencias empíricas de que puede estar relacionado con niveles superiores de crecimiento postraumático. Por ejemplo, en un estudio, jóvenes que habían experimentado estímulos estresantes importantes solían informar de mayores niveles de crecimiento postraumático cuando indicaban también de mayores niveles de recuperación de compromiso y procesamiento cognitivos, tal como ocurre poco después de sucesos de crisis (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 2000). En un estudio sobre los efectos de llevar un diario (Ullrich y Lutgendorf, 2002), estudiantes universitarios a los que se les había instruido para procesar cognitivamente las respuestas emocionales, comparados con aquellos a los que se les instruyó para que se centrasen en los hechos o en las emociones asociadas solas, informaban de mayores niveles de crecimiento postraumático después de cuatro semanas. Aunque estos tipos de hallazgos son sólo sugerentes, parecen congruentes con el punto de vista de que el

compromiso y el procesamiento cognitivos de elementos relacionados con las crisis suelen estar asociados con mayores niveles de crecimiento postraumático.

3.2.2. *Revelación, apoyo y narrativa*

El compromiso cognitivo del individuo con, y el procesamiento cognitivo de, las crisis vitales pueden estar apoyados por la revelación de esos procesos internos a los demás en ambientes de respaldo social. Las pruebas disponibles sugieren que esa “revelación”, bajo la forma de comunicaciones escritas, pueden tener beneficios útiles para la salud (Pennebaker, 1997). La “revelación” escrita de material relativo al trauma puede tener también un impacto sobre el grado de crecimiento postraumático experimentado, cuando se centra en el procesamiento de elementos cognitivos y emocionales (Ullrich y Lutgendorf, 2002). El grado en que los individuos perciben su contexto social como de apoyo y aceptación, o de inhibición y castigo, hace que su revelación de material relativo a la crisis pueda jugar un importante papel en el proceso de crecimiento postraumático. Cuando las personas afectadas por estímulos estresantes vitales perciben que las personas importantes de su entorno no quieren escuchar sus problemas, entonces el procesamiento cognitivo puede inhibirse. Y, en el grado en que los procesos del compromiso cognitivo con material relativo a la crisis sean limitados, podría esperarse que fuera menos probable el crecimiento relacionado con la crisis (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001).

La experiencia de las restricciones sociales que inhiben la revelación de pensamientos relativos a la crisis, especialmente aquellos pensamientos que son perturbadores e intrusos, proporciona una relación fiable entre la ocurrencia de estos pensamientos y la depresión (Lepore y Helgeson, 1998; Lepore, Silver, Wortman y Wayment, 1996). Las personas que están implicadas en niveles significativos de procesamiento cognitivo relativo al trauma, pero que experimentan restricciones sociales que limitan o prohíben esa revelación, parecen tener un mayor riesgo de emociones disfóricas en las secuelas de una crisis vital importante. Los individuos que no sufren esa restricción, sino que reciben apoyo, cuando revelan el procesamiento cognitivo relativo a la crisis, puede que no sólo tengan menos probabilidades de experimentar depresión, sino que pueden experimentar también niveles relativamente superiores de crecimiento postraumático. Existen algunas pruebas que sugieren que buscar y encontrar apoyo social puede conducir también a mayores niveles de

crecimiento postraumático, al menos en algunas circunstancias (Nolen-Hoeksema y Larson, 1999).

Conforme el individuo que se enfrenta a una crisis vital importante realiza intentos de adaptarse a lo que ha sucedido, la presencia y la respuesta de un sistema de apoyo social que no restringe, sino que acepta las revelaciones relativas al trauma del individuo, constituyen componentes importantes tanto en el manejo de las emociones perturbadoras como en la posibilidad de crecimiento postraumático. Además, puede suceder que la presencia de un ambiente social que explícitamente aborde y favorezca el crecimiento sea un importante factor para estimular el crecimiento postraumático. La manera en la que los demás responden al individuo en crisis, por ejemplo, por los tipos de revelaciones que se aceptan y a las que los demás reaccionan positivamente, puede proporcionar estímulo adicional para el crecimiento postraumático. La disponibilidad de narrativas de crecimiento en el ambiente social inmediato, quizás bajo las formas de narrativas sobre cómo otras personas han cambiado positivamente por sus experiencias con estímulos estresantes importantes o exponiéndoles a otras personas que han sufrido problemas similares y muestran o describen formas en las que su enfrentamiento les ha cambiado, puede mejorar la probabilidad de que el individuo experimente un crecimiento postraumático.

3.2.3. Narrativas y sabiduría vitales

Cuando los individuos van tejiendo la experiencia del crecimiento postraumático dentro de la estructura de sus narrativas vitales (McAdams, 1993), la forma en la que se entienden a sí mismos y a sus vidas puede cambiar. Las crisis vitales pueden llegar a incorporarse en la propia historia de vida del individuo de una forma destacada. Para muchas de las personas que han experimentado perturbaciones importantes en la vida, estas pueden verse como un “tiempo de reflexión” que prepara el escenario para algunos cambios fundamentales de la perspectiva (Tedeschi y Calhoun, 1995) o al menos como “secuencias de redención” (McAdams, Reynolds, Lewis, Hatten y Bowman, 2001) que se incorporan a las narrativas vitales. En el grado en que los clínicos presten atención a los elementos de la narrativa vital en la psicoterapia, uno de los elementos que puede ser de utilidad incluir es la forma en la que acontecimientos vitales básicamente negativos se convierten en parte de una historia de vida que permite que el enfrentamiento con dichos acontecimientos negativos haga que éstos se entiendan como proveedores de los

cimientos de una alteración importante de la propia comprensión de uno mismo y del lugar que ocupa en el mundo.

El concepto de crecimiento postraumático parece encajar igualmente bien con el concepto de sabiduría vital (Baltes y Freund, 2003; Baltes y Smith, 1990). El enfrentamiento con circunstancias vitales de alto desafío proporcionan al individuo la oportunidad de experimentar elementos de crecimiento postraumático, así como desarrollar aún más la sabiduría vital. Solemos conceptualizar el crecimiento postraumático y la sabiduría vital como complementarios. Sin embargo, la sabiduría es un constructo más amplio y completo, mientras que el crecimiento postraumático es un concepto algo más simple, que es aplicable a un conjunto más limitado de circunstancias. No obstante, en el grado que los individuos experimenten un crecimiento postraumático, tal y como lo hemos descrito aquí, suponemos que tienen también una oportunidad equiparable para experimentar un mayor desarrollo de algunos aspectos de su sabiduría vital.

El proceso del crecimiento postraumático no es estático. El desarrollo de los cambios que lo caracterizan suele desarrollarse de forma dinámica con el tiempo, lo mismo que los procesos que llevan a su mantenimiento, y, en algunos casos, es posible que su atenuación a lo largo del tiempo sea también dinámica. El crecimiento postraumático constituye un proceso continuo que suele producir cambios claros en los individuos que lo experimentan.

4. EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN LAS INTERVENCIONES COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

Como ya hemos sugerido, los individuos que se han enfrentado recientemente a, o se encuentran en el medio de, una crisis vital importante suelen implicarse en niveles elevados de compromiso cognitivo con, y procesamiento cognitivo de, elementos relativos a la crisis. Este no es el único impacto psicológico de esos acontecimientos, pero es uno que proporciona un centro de atención importante para las intervenciones psicológicas, especialmente aquellas que enfatizan los elementos cognitivos. Si las circunstancias a las que se enfrenta el individuo han producido elevados niveles de estrés emocional, los clínicos deberían proporcionar el tipo de apoyo que pueda ayudar a hacer que el individuo maneje mejor los elevados niveles de malestar. Sin embargo, desde un punto de vista cognitivo, es probable que el área que los clínicos encuentren

como la más productiva para un posible centro de atención sobre los elementos del crecimiento postraumático sea el proceso del compromiso cognitivo, el procesamiento cognitivo y el cambio cognitivo. En las páginas siguientes proporcionaremos algunas directrices generales para los clínicos en su trabajo con personas para las que un importante elemento del problema presente implica el enfrentamiento con una crisis vital importante.

4.1. Respeto por el marco general del paciente

Aunque para la mayoría de los clínicos el recordatorio es innecesario, es probable que sea útil repetir la recomendación general de hacer un notable esfuerzo para comprender la forma de pensar del paciente sobre el problema, dentro del contexto de los diferentes factores del contexto social que pueden influir sobre la forma de comprender y pensar del paciente sobre la situación de crisis. El supuesto de que es importante comprender los factores sociales, culturales y ambientales *fuera y más allá de la situación clínica* no es nuevo (Kanfer y Saslow, 1969). Pero recientemente ha habido, al menos en los Estados Unidos, un movimiento general dentro de la psicología que anima a los clínicos a ser más sensibles ante las influencias culturales y demográficas sobre los pacientes (American Psychological Association, 1993), como el sexo y la cuestión étnica. Consideramos este asunto como un sabio reconocimiento de factores que pueden ser importantes en el quehacer clínico y que van algo más allá de las formas tradicionales de intentar comprender a los pacientes y sus dificultades. Sin embargo, pensamos que es importante que los clínicos presten atención a los factores socioculturales relevantes a los individuos, como individuos, en vez de como simples miembros de una clase o representantes de determinados grupos sociales. Este reconocimiento, aunque es compatible con el más amplio énfasis actual sobre la diversidad, puede ser entendido claramente dentro de la tradición conductual (Kanfer y Saslow, 1969). En el contexto presente, identificaremos muy brevemente, y que sirvan como ilustraciones, dos elementos socioculturales que pueden llegar a ser relevantes cuando se trabaja con pacientes que se enfrentan a la crisis y sus consecuencias: modismos generales del afrontamiento y el malestar, y cuestiones espirituales o existenciales (se puede encontrar una discusión más general de los factores socioculturales en el duelo en Tedeschi y Calhoun, 2003).

Los pacientes individuales constituyen partes de los grupos y las comunidades sociales que, a su vez, pueden influirles en una variedad de formas. En ocasiones, la manera de entender el paciente las razones o causas del malestar psicológico y la forma en que los pacientes hablan sobre ello puede diferir de las del clínico, a veces de modo radical. Por ejemplo, en algunos grupos sociales en los Estados Unidos una comprensión general de por qué la gente experimenta malestar es que tienen una “enfermedad nerviosa” o si los individuos manifiestan perturbaciones psicológicas importantes después de una crisis importante, entonces la interpretación puede ser que “tiene los nervios destrozados”. Está claro que esta no es la forma en que un especialista clínico hablaría profesionalmente, ni tampoco es la manera en que los especialistas explicarían los problemas psicológicos postraumáticos. Señalamos que, en general, es deseable que el clínico acepte y reconozca la forma del paciente de conceptualizar el problema psicológico y sus soluciones potenciales. Ese respeto sociocultural puede fomentar una mejor relación terapéutica con el paciente. Ese respeto del clínico puede hacer menos probable también que las intervenciones que se lleven a cabo con el paciente encuentren falta de apoyo por parte de los grupos principales de apoyo social del individuo, o aún peor, que tengan como consecuencia sanciones sociales por los grupos cuyos miembros desapruaban la diferente forma de pensar del clínico sobre la vida y sus problemas. Nuestra recomendación es que *los clínicos escuchen cuidadosamente el lenguaje de la crisis y la respuesta psicológica que utilizan los pacientes y que, prudentemente, se unan al paciente en esta forma de comunicación.*

Una área sociocultural adicional que puede ser importante generalmente en el trabajo clínico, y más aún cuando los pacientes son individuos que están intentando afrontar problemas vitales críticos, es el área de asuntos espirituales y existenciales. En los Estados Unidos y en otros países de América, las preguntas existenciales suelen recibir a menudo contestaciones religiosas y espirituales. Esto es probable que sea menos frecuente en Europa Occidental. Sin embargo, incluso allá donde predominan los puntos de vista seculares, es probable que los acontecimientos vitales importantes que tienen como temas principales los de la mortalidad, especialmente cuando las circunstancias representan las clases de acontecimientos sísmicos de las que hablamos anteriormente, llevarán a un importante compromiso cognitivo con aspectos existenciales fundamentales. Es de utilidad que los clínicos se sientan cómodos y dispuestos a ayudar a sus pacientes a procesar su compromiso cognitivo con los asuntos existenciales o espirituales. Es importante también que los clínicos respeten y trabajen

dentro del marco existencial que los pacientes han desarrollado o están intentando reconstruir durante las secuelas posteriores a una pérdida o crisis importante.

Otra forma en la que el clínico debería respetar la estructura o el marco del paciente, especialmente cuando las cuestiones del crecimiento postraumático constituyen el centro de atención, se refiere a la aceptación de lo que el clínico podría contemplar como “ilusiones positivas” (Taylor y Brown, 1994). Los seres humanos suelen funcionar, generalmente, con determinadas distorsiones cognitivas benignas y las personas que se enfrentan a una crisis importante es probable que no constituyan una excepción. Cuando se trabaja con pacientes que se enfrentan a circunstancias traumáticas, es posible que los clínicos necesiten tener cierto grado de tolerancia y respeto por el uso de algunos sesgos cognitivos benignos. Aunque las pruebas tienden a apoyar la veracidad del crecimiento postraumático, algunos clínicos pueden ser todavía algo escépticos sobre los fundamentos empíricos de la experiencia de crecimiento del paciente. Aunque puede haber excepciones, nuestra suposición es que los intentos del clínico de modificar directamente las cogniciones, de modo que los elementos “ilusorios” benignos sean corregidos, es probable que produzcan más un daño que un beneficio psicológico.

4.2. Crecimiento y el valor de la escucha eficaz

Como ya hemos sugerido, los individuos en el medio de una crisis vital muestran habitualmente un elevado nivel de compromiso cognitivo con, y un procesamiento cognitivo de, su situación de vida. Estos procesos cognitivos pueden colocar las bases para el desarrollo de los elementos del crecimiento postraumático. Un recurso importante para los supervivientes del trauma es la disponibilidad de un oyente habilidoso, que pueda animar al individuo a implicarse en la revelación de un procesamiento cognitivo relativo al trauma y que pueda fomentar los tipos de cambios cognitivos que no sólo mejoran habitualmente el afrontamiento, sino que también puedan fomentar el crecimiento postraumático. Aunque es posible que los pacientes individuales necesiten intervenciones específicas adicionales, elaboradas para aliviar los síntomas psicológicos relativos al trauma, pensamos que la directriz clínica de *escuchar sin intentar necesariamente solucionar* (Calhoun y Tedeschi, 1999) puede ser útil.

Los individuos que se han expuesto a acontecimientos estresantes importantes pueden encontrar útil contar su historia repetidas veces y el clínico puede necesitar

escuchar pacientemente conforme el paciente repite la historia de lo que ha sucedido. La repetición, por parte del individuo, de la historia de su experiencia problemática puede servir a la función de una exposición “segura” y esto, por sí solo, puede tener un valor terapéutico. Volver a contar la historia puede ayudar también al individuo a implicarse en los tipos de acciones cognitivas que sirvan para acomodar sus estructuras cognitivas a los acontecimientos innegables y, en este proceso, existe la posibilidad de descubrir el crecimiento postraumático.

Aunque estamos estimulando lo que podría parecer una posición clínica más bien pasiva, la forma como el clínico escucha y *lo que el clínico escucha y a lo que presta atención*, puede tener consecuencias terapéuticas importantes. Como es aparente, nuestra suposición es que el clínico necesitará ser habilidoso a la hora de decidir las clases de respuestas a dar y qué estimular que el paciente diga y haga. Quizás, comparada con enfoques más estructurados, la perspectiva sugerida aquí carece de un cierto grado de poder prescriptivo. Las directrices generales que estamos recomendando proporcionan un marco conceptual dentro del cual los clínicos tienen que emplear sus mejores habilidades. Y pensamos que este marco general puede entremezclarse con intervenciones psicológicas estructuradas y con poder prescriptivo, que sean diseñadas para ayudar a las personas a afrontar las secuelas de acontecimientos vitales altamente problemáticos.

4.3. Escuchar y darse cuenta del crecimiento postraumático

Aunque ya no es una idea rara entre los clínicos y académicos que trabajan en el área del estrés y el trauma (Antonovsky, 1987; Calhoun y Tedeschi, 1999), la suposición de que muchos individuos experimentarán cambios positivos en su enfrentamiento con acontecimientos difíciles no es especialmente llamativa para las personas legas y los profesionales que se encuentran fuera de esta área específica de investigación. Sin embargo, los pacientes, de forma habitual y espontánea, articularán formas en las que su enfrentamiento les ha supuesto cambios muy importantes. No obstante, nuestra experiencia ha sido que sólo en raras ocasiones los pacientes identificarán realmente esos cambios como una representación del crecimiento postraumático. Un cambio pequeño, pero muy útil, que los clínicos pueden llevar a cabo en su trabajo con personas que están enfrentándose a una crisis es, simplemente, *escuchar asuntos de crecimiento postraumático* en lo que hablan sus pacientes. Tanto la

investigación disponible como nuestra experiencia clínica indican que mucha gente que sufre una amplia variedad de situaciones difíciles informa de al menos algunos elementos de crecimiento postraumático. Aunque no es universal ni inevitable, elementos de crecimiento postraumático se encuentran a menudo presentes en las historias que los pacientes desarrollan en su enfrentamiento con el trauma y es útil que el clínico los escuche y preste atención cuando tengan lugar.

4.4. Etiquetar el crecimiento postraumático cuando se detecta

Historias anecdóticas procedentes de colegas y nuestra propia experiencia sugieren que los pacientes pueden, a veces, describir los cambios positivos que han experimentado en ellos mismos, pero sin identificarlos explícitamente como tales. Cuando los clínicos se dan cuenta y etiquetan o rotulan como positivos los cambios que los pacientes describen, puede ser una experiencia cognitiva terapéutica para el paciente. Sin embargo, este tipo de útil actuación clínica supone que el clínico posee un buen conocimiento de las áreas y los elementos del crecimiento postraumático, que ha estado escuchando y prestando atención a la historia del paciente sobre la experiencia de crecimiento y, finalmente, que ha percibido y etiquetado la experiencia de tal forma que haga que la experiencia de crecimiento sea cognitivamente importante para el paciente.

No obstante, *el clínico tiene que cuidarse de no ofrecer de forma mecánica tópicos vacíos* que cuenten al paciente, por ejemplo, las maravillosas oportunidades de crecimiento que le ofrece la experiencia de crisis. Si el clínico ha escuchado bien la historia del paciente sobre las circunstancias y sobre las reacciones personales del mismo, incluyendo los componentes conductuales, cognitivos y afectivos, el ofrecimiento inapropiado y poco sensible de tópicos es muy poco probable. Lo que estamos sugiriendo es que el clínico responda de tal forma que refleje los descubrimientos que sus propios pacientes están haciendo. Sin embargo, como hemos indicado, la manera en que el paciente ha construido cognitivamente la experiencia postraumática puede reflejar sólo implícitamente la experiencia de crecimiento. Un enfoque clínico útil es que el clínico ayude al paciente a evaluar la posibilidad de que los cambios, que el clínico puede percibir como reflejo del crecimiento postraumático, puedan ser reconocidos por el paciente como efecto de la presencia del crecimiento postraumático.

4.5. El crecimiento y el asunto del momento apropiado

¿Cuándo es el momento adecuado para que el clínico reconozca, etiquete o, en algunas circunstancias, presente las posibilidades del crecimiento postraumático? No existe una definición simple y definitiva a esta pregunta, ya que hay muchas cosas que dependen de la situación y contexto específicos del paciente individual. Sin embargo, nuestra experiencia nos sugiere que un momento muy temprano del proceso postrauma *no* es un momento bueno para que la atención se dirija hacia la posibilidad del crecimiento traumático. En el periodo temprano del postrauma puede ser más útil y práctico para el paciente si el centro de atención se pone sobre el manejo del malestar psicológico que probablemente estará presente. Conforme los mecanismos adaptativos, el apoyo social o, tal vez, la ayuda profesional funcionen de manera eficaz, de modo que el malestar no siga siendo abrumador (y la difícil verdad es que, para algunos individuos, esto puede que no ocurra nunca de forma satisfactoria), entonces puede ser apropiado que los clínicos empiecen a prestar atención a las posibilidades de crecimiento.

Sin embargo, durante las consecuencias inmediatas de una tragedia o una pérdida importante no suele ser el momento para que los clínicos se impliquen en el proceso de intentar estimular elementos del crecimiento postraumático. Y, como ya hemos sugerido, se deberían evitar los tópicos vacíos. Las secuelas inmediatas de la tragedia es un momento durante el cual los clínicos tienen que ser especialmente sensibles a las necesidades psicológicas del paciente y nunca dedicarse a la presentación insensible de información didáctica o de comentarios triviales sobre el crecimiento que emerge del sufrimiento. Eso no quiere decir que los programas de tratamiento sistemático diseñados para los supervivientes del trauma no deberían incluir componentes que aborden directamente el crecimiento postraumático, ya que la inclusión de esos componentes puede realmente ser de utilidad (Antoni et al., 2001). Pero solemos pensar que incluso como parte de los programas de intervención sistemática, los asuntos relativos al crecimiento se abordan mejor después de que el individuo ha tenido tiempo suficiente para adaptarse a las consecuencias de la crisis.

4.6. ¿ Son demasiado terribles algunos acontecimientos?

El clínico tiene que decidir sobre la respuesta a esta pregunta en el contexto de trabajo con los pacientes individuales. Para algunos sujetos, lo que les ha sucedido

puede realmente haber sido tan terrible, y las consecuencias tan devastadoras, que el concepto mismo de crecimiento postraumático les puede repeler. Los clínicos deberían respetar esa perspectiva. Sin embargo, los datos disponibles indican que algunos individuos que afrontan incluso los acontecimientos más terribles, pueden experimentar cierto grado de crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1995). El clínico que está interesado en fomentar el crecimiento que algunos pacientes podrían experimentar, tiene entonces que llevar a cabo lo que aparentemente podría ser una tarea paradójica – reconocer la realidad de que, para algunas personas, la misma discusión sobre el crecimiento que proviene de la lucha puede ser inaceptable teniendo en cuenta la naturaleza terrorífica de lo que han padecido, pero, al mismo tiempo, el clínico debería estar abierto a la posibilidad de que los mismos pacientes puedan experimentar el crecimiento a partir de su lucha con, incluso, el conjunto de circunstancias más trágico y traumático.

4.7. Elegir las palabras apropiadas

Cuando los clínicos perciben el crecimiento postraumático en los pacientes y cuando deciden que prestar atención y responder a lo que han percibido es adecuado, el seleccionar las mejores palabras para expresar el crecimiento puede ser de gran importancia terapéutica. Recomendamos que los clínicos hablen con los pacientes de una forma que plantee una distinción clara entre los acontecimientos que han transpirado (por ejemplo, la trágica pérdida de un hijo en un ataque aéreo), la realidad del dolor y el sufrimiento que el individuo ha padecido (por ejemplo, las experiencias de malestar, pesar, tristeza y pérdida irreparable), a partir de la *lucha* de los individuos por sobrevivir psicológicamente y la *lucha* para adaptarse de alguna manera a un mundo en el que le pueden recordar diariamente al paciente la naturaleza irreversible de la pérdida y, quizás, de la irreversibilidad del sufrimiento también. Una forma útil de hablar de la posibilidad de crecimiento consiste en utilizar palabras que indiquen que la experiencia de crecimiento que el paciente puede haber sufrido es un resultado *de la lucha* para adaptarse a la crisis y no a la propia situación. *No* es la muerte de un hijo lo que puede conducir al crecimiento, sino la lucha continua del individuo para afrontar y sobrevivir en un mundo en el que ya no vive el hijo. Como dijo un afligido padre:

No existe una sola cosa que sea buena en lo que me ha sucedido. Pero he intentado afrontarlo cada día. He aprendido mucho sobre cómo creo que

debería vivir mi vida. Y puede hacerlo de tal manera que sirva como una honorable conmemoración a mi hijo.

Y como suele suceder con todas las personas con las que hemos hablado durante nuestra investigación sobre el crecimiento postraumático, los padres como el anterior con gusto perderían cualquier significado o crecimiento nuevos que hayan experimentado a partir de la lucha con la pérdida si pudieran tener de nuevo a su hijo. Pero la mayoría de las crisis vitales importantes no pueden deshacerse y la utilización sensible de palabras adecuadas puede ayudar a los pacientes a que lo vean todo más claramente y, tal vez, a que experimenten el modo en que su lucha les ha cambiado.

4.8. “Advertencias” y recordatorios

Aunque estos recordatorios son probablemente innecesarios para la mayoría de los académicos y clínicos, puede ser de utilidad ofrecérselos. En primer lugar, como hemos indicado, aunque existen excepciones, las crisis vitales intensas y graves que presentan desafíos importantes a, o tal vez incluso invalidan, las principales suposiciones vitales del individuo, producen habitualmente conmoción y malestar psicológicos importantes. El crecimiento postraumático ocurre en un contexto de sufrimiento y de importante lucha psicológica. En segundo lugar, las crisis vitales no son necesarias para el crecimiento. Los individuos pueden madurar y desarrollarse de modo significativo sin sufrir tragedias o traumas. En tercer lugar, de ninguna manera estamos sugiriendo que el trauma es “bueno”. Consideramos las crisis vitales, las pérdidas y el trauma como indeseables y nuestro deseo sería que nadie tuviera que sufrir esos acontecimientos vitales. Consideramos a los acontecimientos traumáticos como negativos, pero las pruebas sugieren que los individuos que se enfrentan a ellos pueden experimentar cambios personales muy significativos. En cuarto lugar, el crecimiento postraumático no es ni universal ni inevitable. Aunque una mayoría de los individuos que sufre un amplio abanico de circunstancias vitales altamente desafiantes experimenta crecimiento postraumático, existe también un número significativo de personas que obtiene poco o ningún crecimiento en su lucha con el trauma. Finalmente, la presencia de crecimiento postraumático no se equipara a la ausencia de sufrimiento o dolor. Aunque las pruebas empíricas disponibles son todavía insuficientes, si es suficiente indicar que la presencia de crecimiento postraumático no se correlaciona necesariamente con una disminución del malestar ni con un aumento del sentirse bien.

El crecimiento y el malestar psicológico pueden ser dimensiones independientes y el cambio en uno de ellos no se va a acompañar necesariamente por un cambio en el otro.

5. CONCLUSIONES Y DIRECTRICES FUTURAS

El crecimiento postraumático lo experimentan los individuos que tienen que vérselas con una amplia variedad de circunstancias vitales difíciles. Aunque no sea universal, constituye una reacción de la que informan un amplio rango de individuos que afrontan un amplio conjunto de problemas vitales muy difíciles. Los datos disponibles sugieren que no es simplemente una distorsión cognitiva de automejora, ni tampoco una simple manifestación de mecanismos de defensa como la negación. Especialmente en el contexto del trabajo clínico, puede ser terapéuticamente más útil aceptar la perspectiva de los pacientes sobre la experiencia de crecimiento que proviene del enfrentamiento con las crisis vitales. Recomendamos una perspectiva para ayudar a los pacientes que han experimentado una crisis importante que incluya elementos de crecimiento postraumático y que sea compatible con la mayoría de, quizás todos, los enfoques clínicos contemporáneos elaborados para proporcionar apoyo terapéutico a las personas en las secuelas de un trauma. El centro de atención que sugerimos puede ser especialmente compatible con enfoques que tienen un énfasis cognitivo o componentes cognitivos. El marco general que hemos sugerido necesitaría incorporarse al formato de intervención y a la perspectiva teórica que el clínico vaya a emplear para ayudar al individuo superviviente del trauma. Un centro de atención importante para el futuro es el grado en que el crecimiento postraumático puede ser inducido directamente y el grado en que intentar hacerlo representa un añadido eficaz para las intervenciones psicológicas.

Referencias

- Affleck, A. y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. – texto revisado). Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association. (1993). Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations. *American Psychologist*, 48, 45-48.
- Andreasen, N. L. y Norris, A. S. (1972). Long-term adjustment and adaptation mechanisms in severely burned adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154, 352-362.
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Yount, S. E., Culver, J.L., Alferi, S.M., McGregor, B. A., Arean, P. L., Harris, S.D., Price, A. A. y Carver, C.S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances

- the sense of benefit among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Baltes, P. B. y Freund, A. M. (2003). Human strengths as the orchestration of wisdom and selective optimization with compensation. En L. G. Aspinwall y U. M. Staudinger (dirs.), *A psychology of human strengths*. Washington, DC: American Psychological Association
- Baltes, P. B. y Smith, J. (1990). Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. En R. J. Sternberg (dir.), *Wisdom: Its nature, origins, and development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S. E. y Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD 4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Calhoun, L.G., Cann, A., Tedeschi, R.G. y McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521-527.
- Calhoun, L. G., Selby, J. W. y Selby, L. E. (1982). The psychological aftermath of suicide: An analysis of current evidence. *Clinical Psychology Review*, 2, 409-420.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1989-90). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*, 20, 265-272.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. En R. G. Tedeschi, C. L. Park y L. G. Calhoun (dirs.), *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15, 93-102.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S. y Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R. y Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Nueva York: Pocket Books.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. Nueva York: Free Press.
- Jordan, H. (2000). *No such thing as a bad day*. Atlanta: Longstreet.
- Kanfer, F. H. y Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (dir.), *Behavior therapy - appraisal and status*. Nueva York: McGraw Hill.
- Lepore, S.J. y Helgeson, V.S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89-106.
- Lepore, S.J., Silver, R.C., Wortman, C. B. y Waymaent, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- Little, B. R. (1998). Personal project pursuit: Dimensions and dynamics of personal meaning. En P.T.P. Wong y P. Fry (dirs.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lopata, H. Z. (1973). Self-identity in marriage and widowhood. *Sociological Quarterly*, 14, 407-418.
- Maercker, A. y Langner, R. (2001). Persönliche Reifung durch Belastung und Trauma: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen (Posttraumatic personal growth: Validation of German versions of two inventories). *Diagnostica*, 47, 153-162.
- Martin, L. L. y Tesser, A. (1996). Clarifying our thoughts. En R. S. Wyer (dir.), *Ruminative thought: Advances in social cognition, Vol. 9*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. Nueva York: Morrow.
- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H. y Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relations to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 474-485.

- McFarland, C. y Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343.
- McMillen, C., Howard, M. O., Nower, L. y Chung, S. (2001). Positive by-products of the struggle with chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 69-79.
- Nolen-Hoeksema, S. y Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. y Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved parents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 855-862.
- O'Leary, V. E. e Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.
- Park, C. L. (1998). Implication of posttraumatic growth for individuals. En R. G. Tedeschi, C. L. Park y L. G. Calhoun (dirs.), *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Park, C. L., Cohen, L. y Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Parke, C. M. (1970). Psycho-social transitions: A field for study. *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.
- Pennebaker, J.W. (1997). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. Nueva York: Guilford.
- Ryff y Singer (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. En P. T. P. Wong y P. S. Fry (dirs.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Taylor, S.E. y Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455 - 471.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2003). *Helping bereaved parents: A clinician's guide*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Ullrich, P.M. y Lutgendorf, A. K. (2002). Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 244-250.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.
- Wortman, C. B. y Silver, R. C. (2001). The myths of coping with loss revisited. En M. S. Stroebe, R. O. Hannsson, W. Stroebe y H. Schut (dirs.), *Handbook of bereavement research - consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association.

Lecturas recomendadas

- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ y Londres: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L. G. y Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: the positive lessons of loss. En R. A. Neimeyer (dir.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2003). *Helping the bereaved parent: A guide for clinicians*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. y Calhoun, L. G. (dirs.) (1998). *Posttraumatic growth - Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ y Londres: Lawrence Erlbaum.

Capítulo incluido en el libro:

Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, col. 2: Intervención en crisis, medicina conductual y trastornos de relación* (pp. 29-48) (2ª edición). Madrid: Siglo XXI.