



Psicología Iberoamericana
ISSN: 1405-0943
psicología.iberoamericana@uia.mx
Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Gómez, Anabel de la Rosa; Cárdenas López, Georgina
Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional
Psicología Iberoamericana, vol. 24, núm. 1, julio-diciembre, 2016, pp. 70-79
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133947583009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Reacciones postraumáticas: revisión desde una perspectiva dimensional

Post-traumatic relations: review from a dimensional perspective

Anabel de la Rosa Gómez*

Georgina Cárdenas López**

*FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, SUAYED PSICOLOGÍA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

RESUMEN

El vínculo entre los acontecimientos vitales adversos o estresantes y la salud psicológica ha sido estudiado desde hace algunos años y la evidencia científica ha informado que las respuestas postraumáticas son diversas, desde la psicopatología hasta el crecimiento postraumático. Sin embargo, el efecto o influencia directa que generan estas respuestas ante la adversidad y su impacto en la salud psicológica es todavía objeto de estudio. El entendimiento de las respuestas postraumáticas requiere la comprensión de factores de riesgo, protectores y mediadores que den luz acerca de los mecanismos y causas para el desarrollo y mantenimiento de algún desorden psicológico. En el presente artículo, se revisan los hallazgos de investigación respecto a la conexión entre el trauma, resiliencia y crecimiento psicológico, así como los factores que estimulan los procesos de reajuste postraumático desde una perspectiva dimensional de la psicopatología.

Palabras clave: Trauma, Estrés, Crecimiento postraumático, Modelo dimensional

ABSTRACT

The link between vital adverse or stressful events and psychological health has been studied for some years and the scientific evidence has shown a variety of post-traumatic discourses, from psychopathology to post-traumatic growth. However, the direct influence or effect generated by these responses to adversity and their impact on psychological health is still being researched. The understanding of post-traumatic responses requires the understanding of factors of risk, protections and mediators that shed light on the mechanisms and causes for the development and maintenance of some psychological disorder. This article examines research findings on the connection between trauma, resilience and psychological growth, as well as factors that stimulate processes of post-traumatic readjustments from a dimensional perspective of psychopathology.

Key words: Trauma, Stress, Post-Traumatic Growth, Dimensional Model

Correspondencia: Avenida de los Barrios No. 1, Colonia Los Reyes Iztacala
Tlalnepantla, Estado de México, C.P. 54090. Torre de tutorías, 2do. piso, cubículo 18.
Correo electrónico: anabel.delarosa@ired.unam.mx

En los últimos años, ha habido un interés creciente en conocer las diversas respuestas emocionales que presentan los individuos ante las adversidades de la vida. El estrés y el trauma se han estudiado durante al menos un siglo; se han explorado desde las respuestas fisiológicas simpáticas hasta intervenciones psicológicas eficaces. La comprensión de múltiples dimensiones es ardua dada la cantidad de conocimientos existentes y la complejidad de los temas. Por su parte, las definiciones y criterios del estrés y el trauma están en constante cambio, como se refleja en las secciones pertinentes de los sistemas de clasificación psiquiátrica como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (APA, 2013) y la próxima publicación de la Clasificación Internacional las Enfermedades (CIE-11).

La exposición a eventos altamente estresantes es una experiencia generalizada tanto para adultos y niños, hombres y mujeres, en cualquier contexto cultural. Se estima que alrededor del 82 al 90% de la población en general estará expuesto a algún tipo de evento traumático en algún momento en su vida (Breslau *et al.*, 1998; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa, 2010). Algunos eventos son más comunes que otros, tales como la muerte de un familiar o un amigo, la violencia escolar, o un accidente automovilístico, mientras que otros son extraordinarios, como el ser secuestrado o torturado, ser testigo de una guerra, etc. (Medina-mora *et al.*, 2005).

Por fortuna, la mayoría de las personas expuestas a un suceso traumático logran recuperarse con el paso del tiempo. Sin embargo, una minoría presenta síntomas de estrés postraumático, que en ausencia de un tratamiento eficaz pueden multiplicarse con un efecto en cascada hasta el desarrollo de una alteración psiquiátrica seria y persistente.

La evidencia científica ha informado que los acontecimientos estresantes precipitan el distrés psicológico y empeoran la salud física (Rivera, Caballero, Pérez y Montero, 2010). No obstante, también se ha visto que existen respuestas postraumáticas que dan lugar a una transformación positiva. Es así que el poder del efecto o influencia directa que generan estas respuestas ante la adversidad y su impacto en la salud psicológica es todavía objeto de investigación; ya que, a pesar de las diferencias encontradas, algunas personas experimentan

niveles de estrés vital sin que su salud física o psicológica se vea afectada.

Ante esto, se han estudiado los factores que intervienen en la capacidad de recuperación frente a la exposición a eventos estresantes o traumáticos. Los hallazgos muestran que la relación entre las demandas externas (posibles estresores) y los resultados en la salud, rendimiento y adaptación de los individuos, está mediada por variables psicológicas que fungan como mecanismos de protección (Sandín, Rodero, Santed y García-Campayo, 2006). Los procesos con mayor respaldo empírico son la fortaleza cognitiva (resiliencia) y las estrategias de afrontamiento (Bilbao, Páez, da Costa y Martínez-Zelaya, 2013; García, Jaramillo, Martínez, Valenzuela y Cova, 2013). Así la evaluación primaria del acontecimiento determina su valor de amenaza, desafío o beneficio, mientras que la secundaria valora la controlabilidad del estímulo y los recursos disponibles para afrontar la situación (Folkman y Moskowitz, 2007; López, 2008). No obstante, aún se necesita más investigación para entender la naturaleza de las reacciones postraumáticas y los procesos psico-emocionales subyacentes. De esta forma, se hace relevante explorar qué recursos y procesos permiten a las personas afrontar eventos de naturaleza traumática. En el presente artículo, se revisarán los hallazgos de investigación respecto a la conexión entre el trauma, resiliencia y crecimiento psicológico, así como cuáles son los factores que estimulan los procesos de reajuste postraumático desde una perspectiva dimensional de la psicopatología.

TRAUMA PSICOLÓGICO

El trauma es la reacción psicológica derivada de un suceso altamente estresante que implica la vivencia de un acontecimiento negativo que surge de forma inesperada e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias de malestar intenso en la víctima. Además, se trata de un suceso que la persona no espera encontrar porque no forma parte de las experiencias habituales del ser humano. Por ello, la intensidad del suceso y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inhabitual explican el impacto psicológico que causa el acontecimiento (Echerburúa, Corral y Amor, 2004). Aunque existe controversia sobre la

categorización de un suceso como traumático, autores como Carlson y Dalenberg (2000) y Foa, Keane y Friedman (2000) identifican al menos tres elementos necesarios para que un acontecimiento sea considerado como tal: el evento debe ser vivido como incontrolable, negativo, y de carácter inesperado y repentino.

De acuerdo con Vázquez, Pérez-Sales y Ochoa (2014) han habido varias etapas en la historia de la investigación sobre el trauma psicológico. En un inicio, con la inclusión del término a la nosología psicopatológica del DSM-III (APA, 1980), y en donde se definió al trauma como una patología del espectro de los trastornos de ansiedad, que aparecía tras la exposición a un evento altamente perturbador, donde la vida y la integridad de la persona se veían seriamente amenazados, y comprendía un conjunto de síntomas de estrés que se manifestaban de forma similar en la mayoría de las personas expuestas a un acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encontraba fuera del marco habitual de la experiencia humana. En esta etapa, mucha de la investigación se centró en los efectos negativos del trauma (Bonanno, Brewin, Kanasty y La Greca, 2010; McNally, 2003).

Sin embargo, esta conceptualización fue discutida tras la evidencia de que algunas personas no reaccionaban con un malestar igual ante eventos considerados traumáticos, por lo que se consideraron otras variables para explicar la etiología de la respuesta, debilitando la conexión causa-efecto entre el evento traumático y el trastorno o respuesta traumática (Breslau y Kessler, 2001; Kilpatrick, 2002). De esta forma, surgió la siguiente etapa, cuando respecto al agente estresante, la cuarta edición del DSM y su versión revisada se alejaron de la definición que hicieron las ediciones anteriores del suceso traumático, esto es, que debía encontrarse fuera de la experiencia humana normal. Así, se consideraron sucesos susceptibles de provocar un TEPT aquellos acontecimientos que no de manera forzosa revestían esta característica de anormalidad, pero que suscitaban reacciones emocionales intensas en el individuo. Además, se especificó el aspecto temporal del TEPT, se le clasificó en forma aguda si los síntomas duran menos de tres meses; crónica si lo hacen más de tres meses y; de inicio demorado cuando el inicio de los síntomas se produce como mínimo seis meses después de la ocurrencia del trauma (APA, 2000). Así fue que se pre-

sentaron los primeros indicios que mostraban que los acontecimientos vitales graves no causan de manera forzosa trastornos mentales.

En la reciente publicación del DSM-5 (APA, 2013; Armour, 2015) se han realizado modificaciones en el cuadro diagnóstico del TEPT derivadas de los hallazgos en investigación de la última década. Las adecuaciones nosológicas contemplan una mejora en la definición de acontecimiento traumático (criterio A), para facilitar la diferencia con el concepto de acontecimiento estresante, que no alcanza el umbral de traumático. Así como algunas modificaciones a los criterios B y C sobre especificaciones mínimas a algunos síntomas. Respecto al criterio D (alteraciones cognitivas y del estado de ánimo), su inclusión representa la principal novedad de la clasificación, al incluir criterios como el embotamiento emocional, creencias negativas sobre sí mismo, los otros y el futuro, basado en los hallazgos de Janoff-Bulman (1992) y Foa *et al.* (2000); así como la presencia de emociones negativas como la culpa, vergüenza e ira, este criterio fue basado en las denominadas emociones secundarias que acompañan las memorias verbalmente accesibles según la teoría del procesamiento dual de Brewin, Dalgleish y Joseph (1996). Por último, se introduce en el criterio E (alteraciones en la activación y reactividad) los síntomas relacionados con la presencia de comportamientos irritables y auto-destructivos *Top of Form*.

En la tercera etapa, los investigadores han centrado su atención en los aspectos positivos de las experiencias traumáticas, han ampliado la idea de la capacidad de recuperación y reajuste llamada resiliencia (Vera, Begoña y Vecina, 2006). Los sentimientos positivos no están excluidos del cúmulo de emociones que una persona puede experimentar durante y después de un trauma, por ejemplo, la solidaridad, la percepción de apoyo social y las creencias positivas sobre fortaleza y confianza en sí mismo para superar el evento, entre otras. Algunos estudios han informado estos hallazgos en muestras de víctimas de violencia social (Vázquez, Pérez-Sales y Hervás, 2008), víctimas de desastres naturales (García *et al.*, 2014), sobrevivientes de cáncer (Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco, 2013), pacientes sobrevivientes de quemaduras (Eiroa, Tasqué, Fidel, Giannoni y Argüello, 2012) e incluso en refugiados y personas que vivieron en cautiverio (Bruno *et al.*,

2011). Estos resultados contemplan la posibilidad de que un suceso traumático permite desplegar recursos personales de quien lo enfrenta, con lo que da lugar al llamado crecimiento postraumático.

REACCIONES DERIVADAS DE UN TRAUMA: DE LA VULNERABILIDAD AL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO.

Cuando un individuo sufre un evento traumático presenta una serie de reacciones a nivel psicológico y fisiológico debido a la percepción de riesgo a perder la vida o sufrir lesiones físicas. La adaptación postraumática es el resultado de la interacción de múltiples variables, como la apreciación y la valoración del suceso, las consecuencias del evento y los estilos de afrontamiento de cada individuo (García *et al.*, 2014). De acuerdo con Brewin y Burgess (2014), los constructos de vulnerabilidad se corresponden con tres categorías: (1) los factores de vulnerabilidad resistentes que están presentes antes del trauma; (2) las características de la experiencia traumática; y (3) las características del contexto posterior al trauma y las respuestas de afrontamientos de los individuos.

Un aspecto determinante a considerar para el desarrollo de un trauma son las diferencias individuales entre las víctimas que han estado expuestas a un suceso traumático, ya que éste dependerá de la vulnerabilidad psicológica, que hace referencia a la precariedad del equilibrio emocional, y de la vulnerabilidad biológica, que surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica. De esta forma, un bajo nivel de autoestima, aislamiento social, crecer en ambientes aversivos, antecedentes genéticos (Brewin, 2008; Broekman, Olff y Boer, 2007), y una percepción de fatalismo debilitan la resistencia al trauma y generan una sensación de indefensión y desesperanza que agravan el impacto psicológico y actúan como moduladores entre el suceso traumático y el daño psicológico (Esbec, 2000; Charles *et al.*, 2009). Por tanto, la probabilidad de generar un trauma estará en función del mayor o menor peso de los factores de vulnerabilidad y de los factores de protección, que pueden contribuir a agravar o a procesar el suceso traumático sufrido.

Por otra parte, algunos estudios han informado que la severidad del estresor está asociada con mayor

intensidad de síntomas negativos postraumáticos (Andrew, Brewin y Rose, 2003; Echeburúa *et al.*, 2004), al enfatizar que es más severo un hecho traumático cuando éste es producto de la violencia interpersonal o es provocado de manera intencional por el hombre. Otro factor a considerar es la duración de la exposición al evento traumático, y ésta dependerá del tipo de suceso vivido (cautiverio, maltrato prolongado o amenazas de ataques terroristas, etc.) (Charles *et al.*, 2009).

De acuerdo con Foa (2011), los factores que contribuyen a graduar la intensidad de la respuesta al trauma son: a) la capacidad de control que tiene la persona sobre la propia situación, b) la capacidad de predecir el hecho y c) la amenaza percibida. Es así que el impacto psicológico estará mediado por la intensidad/duración del hecho y la percepción del suceso sufrido, el carácter inesperado del acontecimiento, el grado real de riesgo experimentado, las pérdidas sufridas, la historia de victimización, así como el apoyo social percibido y los recursos psicológicos de afrontamiento. Este último factor tiene cúmulo de evidencia empírica en la mitigación de la relación entre el estrés traumático y el funcionamiento psicológico (Folkman *et al.*, 2007). Sin embargo, no hay acuerdo en la literatura científica acerca de las categorías de afrontamiento, ya que existen dos posturas teóricas contrapuestas: el afrontamiento visto como característica estable –estilos de afrontamiento– (variable disposicional) y el afrontamiento como proceso dinámico y cambiante ajustado a las demandas del contexto –estrategias de afrontamiento– (variable contextual).

Desde la postura de Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento se define como la respuesta adaptativa al estrés, es decir, una categoría de adaptación elicitada en el individuo por circunstancias inusuales y abrumadoras, donde existen procesos cognitivos y comportamentales cambiantes (adaptativos y flexibles) para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo. En el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas, ni se resuelve la amenaza, ni se evita la pérdida o el daño; simplemente se les maneja hasta cierto punto, es decir, se negocia con la realidad. Es así que las respuestas de afrontamiento se dividen en aproximación y evitación, y éstas se subdividen a su vez en dos categorías que reflejan los

métodos de afrontamiento cognitivo y conductual. El afrontamiento de aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus implicaciones, y así poder manejar el afecto asociado al mismo (Beasley, Thompson y Davidson, 2003).

Algunos estudios han sido consistentes al mostrar efectos positivos entre el despliegue de estrategias de afrontamiento centradas en la tarea asociadas con mejores resultados (disminución de síntomas negativos), mientras que las estrategias de evitación o centradas en la emoción se asocian con un mayor impacto psicológico (Guarino, 2013).

Al igual que las estrategias de afrontamiento, la fortaleza cognitiva o también llamada resiliencia, se ha convertido en tópico de investigación debido a que está asociada a la salud mental y a los mecanismos de adaptación al entorno por parte del individuo. Las personas que viven situaciones muy adversas pueden sufrir consecuencias muy serias en su desarrollo psicológico. Sin embargo, algunos individuos logran no sólo superar la adversidad, sino incluso salir fortalecidos de ella. La resiliencia no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar (Palomar y Gómez, 2010).

A pesar de que la resiliencia puede manifestarse de distintas formas en los individuos constituye un proceso dinámico e interactivo entre las características de personalidad y los contextos, esto se evidencia en cómo se dan las adaptaciones a las condiciones adversas (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Asimismo, está relacionada con la confianza y el optimismo ante la adversidad porque permite a la persona reconocer sus propias posibilidades, además de confiar en la ayuda que pueda obtener de los demás y el manejo de las contingencias situacionales ante las que debe saber resistir y acometer para preservar la calidad de vida (Vera *et al.*, 2006). Se debe subsistir a pesar de tener en cuenta que las condiciones para la consecución de las metas no siempre son favorables y existen diferentes obstáculos que superan al individuo, ya sea en lo personal, lo

interpersonal, el sistema y contexto propio en el que el éste se desarrolla.

En general, se ha definido la resiliencia como la capacidad para exhibir respuestas adaptativas ante condiciones de riesgo, que combina un conjunto de atributos personales adquiridos a través del desarrollo psicológico y a partir del contacto con factores protectores disponibles en los entornos propios de las personas en riesgo (Gaxiola y Frías, 2008). La resiliencia es una inferencia basada en las diferencias individuales respecto a la respuesta al estrés o adversidad (Rutter, 2007); por tal motivo, constituye una variable del orden latente que puede ser inferida a partir de indicadores observados relativos a los modos disposicionales, esto es, la forma como reaccionan las personas ante las adversidades que atraviesan.

De esta manera, un mayor porcentaje de la investigación en el tema se ha centrado en el estudio de las consecuencias psicológicas negativas derivadas del trauma. Una de las secuelas más estudiadas ha sido el trastorno por estrés postraumático (Cárdenas y De la Rosa, 2012; Foa, 2011). Sin embargo, otros estudios apuntan a que las experiencias traumáticas pueden activar procesos positivos en algunas personas (López, 2008; Vázquez, Castilla y Hervás, 2009).

Tedeschi y Calhoun proponen que algunas personas podrían desarrollar un “cambio positivo y significativo que experimentan como resultado del proceso de lucha ante un trauma” (Tedeschi y Calhoun, 2008, 30, concepto que definen como Crecimiento Posttraumático (CPT). Investigaciones muestran que los procesos implicados tanto en el desarrollo de sintomatología del estrés postraumático como en el CPT tienen aspectos comunes, vinculados con el cambio de creencias personales, la influencia de variables sociales y la rumiación relacionada con las consecuencias del evento (Arnoso *et al.*, 2011; Tedeschi y McNally, 2011).

El crecimiento postraumático, como constructo multidimensional derivado de investigación en Psicología positiva, busca conceptualizar la experiencia de crecimiento por medio de la cual las personas que hayan atravesado situaciones traumáticas pueden experimentar cambios positivos (Vázquez, Castilla y Hervás, 2009). De acuerdo con Calhoun, Cann y Tedeschi (2010), se plantean 5 consecuencias positivas del CPT: a) incremento en la apreciación del valor de la vida;

b) sensación de que la vida brinda nuevas posibilidades; c) incremento de la fortaleza personal; d) fortalecimiento de las relaciones personales, en especial con los más cercanos.

Es relevante señalar que si bien el CPT y resiliencia son términos relacionados no son equivalentes, como se comentó, la resiliencia refiere a una característica que preexiste a la situación traumática; en este sentido, estaría dada por la habilidad que tiene una persona para recuperarse o para regresar al nivel de funcionamiento previo a la experiencia de adversidad (Grill, 2009). En el caso del CPT, se trata de una capacidad que pueden desarrollar las personas como consecuencia del aprendizaje derivado de la exposición al trauma (Calhoun *et al.*, 2010). De acuerdo con la revisión de la literatura, entre el 50 y el 60% de los sobrevivientes puede mostrar estos cambios (Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006; Linley y Joseph, 2004).

REACCIONES POSTRAUMÁTICAS DESDE EL MODELO DIMENSIONAL

En los sistemas actuales de clasificación psiquiátrica (es decir, DSM y la CIE) se detallan los indicadores clínicos característicos del trauma, en términos generales, presencia de síntomas de a) reexperimentación de la agresión sufrida o de la experiencia vivida, en forma de pesadillas o de imágenes constantes e involuntarias; b) la evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, y c) las respuestas de hiperactivación, en forma de dificultades de concentración, de irritabilidad y de problemas para conciliar el sueño. Aunque la validez transcultural aún no está demostrada en su totalidad estos síntomas indican que el trauma puede afectar de forma profunda el funcionamiento y la integridad psicológica del individuo (Walter y Bates, 2012). No obstante, la lista de síntomas no contempla en su totalidad los cambios psicológicos que el trauma puede producir en las personas afectadas.

De acuerdo con la revisión sistemática de Hernández-Guzmán, Del Palacio, Freyre y Alcazar (2011), desde la perspectiva categórica de la patología la heterogeneidad de síntomas entre pacientes con diagnóstico de trauma es común, lo cual ha llevado a crear nuevas categorías diagnósticas que exacerban el problema de la superposición de síntomas y subtipos de trastornos.

Por el contrario, desde un modelo dimensional de la psicopatología es considerado el índice de gravedad y los efectos en el funcionamiento cotidiano de la persona; se reconocen las diferencias individuales no sólo en cuanto al nivel de intensidad, sino también al tomar en cuenta dimensiones psicológicas tales como la personalidad, la autoestima, emociones, cogniciones, las estrategias de afrontamiento, etcétera. De esta forma, desde el modelo dimensional se requiere identificar y medir las diferencias individuales, lo que permite apreciar el grado e intensidad de las reacciones posttraumáticas.

Lo anterior tiene implicaciones cruciales para el posible diagnóstico y el tratamiento de desórdenes derivados del trauma, ya que desde la perspectiva dimensional, el diagnóstico merece una formulación amplia del caso que implica la consideración de las causas, los problemas previos precursores del problema actual y los recursos de afrontamiento con los que cuenta la persona, y no sólo el conteo de síntomas agrupados prescritos.

CONCLUSIONES

Existe un vínculo evidente entre el trauma, la resiliencia y el crecimiento postraumático en el que subyace el reconocimiento de una influencia constante entre variables biológicas, ambientales y contextuales. La conducta humana es un sistema dinámico, adaptativo y complejo, en donde el individuo recorre un continuo entre respuestas funcionales y disfuncionales. El entendimiento de las respuestas postraumáticas requiere la comprensión de factores de riesgo, protectores y mediadores que den luz acerca de los mecanismos y causas para el desarrollo y mantenimiento de algún desorden psicológico.

El individuo que ha sufrido un suceso traumático intenta un ajuste emocional al darle sentido a la experiencia vivida. De esta forma cobra relevancia la valoración cognitiva del evento estresante y que estará asociada a los recursos de afrontamiento con los que cuenta la persona. Así, se ha propuesto que el procesamiento cognitivo durante el trauma depende de factores como la duración y el control del acontecimiento estresante, la exposición previa a sucesos traumáticos, cogniciones negativas sobre uno mismo, un bajo nivel intelectual, problemas de abuso de alcohol, un nivel alto

de activación y miedo, entre otros, que interfieren en el procesamiento conceptual y organización de la situación traumática. Estos factores afectan también a la evaluación que el individuo lleva a cabo del trauma y sus secuelas. El sistema de creencias y las experiencias traumáticas previas también influirían, según Ehlers y Clark (2000), en el tipo de estrategias de afrontamiento movilizadas para el control de los síntomas postraumáticos.

Como se ha mencionado, un aspecto determinante a considerar para el desarrollo de un trauma son las diferencias individuales entre las personas que han estado expuestas a un suceso traumático, ya que estas características determinarán la presencia de un trastorno derivado del trauma y el curso de los síntomas. No obstante que el miedo y la ansiedad derivadas del suceso traumático existen en todas las personas, su experiencia subjetiva se ve modelada por factores específicos de cada cultura (Barlow, 2002); en el caso de la evaluación de las reacciones postraumáticas, el estilo de vida y las pautas culturales en una sociedad determinada influyen de manera directa en la respuesta. Es así que existen diversos factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos que intervienen sobre las posibles respuestas a algún tipo de evento estresante.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Overview: The Future Manual. DSM-5 development*.
- Andrews, B., Brewin, C. y Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 421-427.
- Armour, C. (2015). The underlying dimensionality of PTSD in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: where are we going?. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28074 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.28074>
- Arnosó, M., Bilbao, M. A., Páez, D., Iraurgi, I., Kanyangara, P., Rimé, B., Sales, P. P. y Martín-Beristain, C. (2011). Violencia colectiva y creencias básicas sobre el mundo, los otros y el yo. Impacto y reconstrucción. En D. Páez, C. Martín, J. L. González y J. De Rivera (Eds.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid: Fundamentos.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.)(DSM-III). Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4 ed.). Barcelona: Masson.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Beasley, M., Thompson, T. y Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Bilbao, M. A., Páez, D., da Costa, S. y Martínez-Zelaya, G. (2013). Cambio en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *Terapia Psicológica*, 31, 127-139.
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K. y La Greca, A. M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11, 1-49.
- Las implicaciones para la evaluación y el tratamiento son importantes, ya que medir el impacto psicológico de los acontecimientos traumáticos sobre las personas que han vivido una situación delicada y altamente estresante representa una tarea compleja, al considerar el amplio espectro clínico que abarca el fenómeno y la variedad de síntomas que puede desencadenar. En consecuencia, se subraya la necesidad de desarrollar evaluaciones que reúnan esta vasta serie de reacciones (Cann, Calhoun, Tedeschi y Solomon, 2010; Pérez-Sales *et al.*, 2012).
- Se sugiere que para futuras investigaciones se continúe explorando las respuestas psicológicas de los individuos frente a los eventos traumático no sólo desde la patología, sino también desde la perspectiva de la psicología positiva. Se vive en un mundo cambiante, en donde los seres humanos tienen que lidiar a diario con condiciones estresantes que superan las propias capacidades de resistencia y que, vinculados con diferencias individuales, colectivas y contextuales, permiten la presencia de diversidad de reacciones emocionales. Por tanto, cualquier intervención debe tener en cuenta el marco cultural e idiosincrático de la población, lo que permitirá reducir el impacto negativo y promover estrategias más adaptativas de afrontamiento.

- Breslau, N. y Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-32.
- Brewin, C. (2008). What is it that a neurobiological model of PTSD must explain? *Progress in Brain Research*, 167, 217-228.
- Brewin, C. R. y Burgess, N. (2014). Contextualisation in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 217-219. doi:10.1016/j.jbtep.2013.07.011
- Broekman, B., Olf, M. y Boer, F. (2007). The genetic background to PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 31, 348-362.
- Bruno, M. A., Bernheim, J. L., Ledoux, D., Pellas, F., Demertzi, A., and Laureys, S. (2011). A survey on self-assessed well-being in a cohort of chronic locked-in syndrome patients: happy majority, miserable minority. *BMJ Open*, 1, e000039. doi:10.1136/bmjopen-2010-000039.
- Calhoun, L. G., Cann, A. y Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model. In T. Weiss and Berger, R. (eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp.1-14). Nueva York: Wiley.
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. y Solomon, D.T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 151-166.
- Cárdenas, G. y De la Rosa, A. (2012). Using Virtual Reality for PTSD Treatment in Criminal Violence Victims. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 5 (1), 65-67.
- Carlson, E. B. y Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence and Abuse: A review journal*, 1, 4-28.
- Charles, B., Douglas, B., Foa, E., Mayberg, H., North, C. y Stein, M. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: A State of the Science Review. *Focus*, 7, 254-273.
- Echerburúa, E., Corral, P. y Amor, P., (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eiroa, F., Tasqué, R., Fidel, K., Giannoni, A. y Argüño, A. (2012). Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar. *Acción Psicológica*, 9 (2), 47-58 doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4103>
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En Esbec, E. y Gómez, G. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Foa, E. (2011). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28, 1043-1047.
- Foa, E., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-588.
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. En M. Hewstone, H., Schut, J. de Wit, K. Van Den Bos, y M. Stroebe (Eds.), *The scope of social psychology. Theory and applications* (pp. 193-208). Sussex, Inglaterra: Psychology Press.
- García, F., Jaramillo, C., Martínez, A., Valenzuela, I. y Covar, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20 (1), 121-130.
- Gaxiola, R. J. y Frías, A.M. (2008). Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 9, 13-31.
- Grill, S. (2009). Diferencias individuales, crecimiento postraumático y resiliencia ante situaciones traumáticas: el caso de los excombatientes de Malvinas. *Anuario de Proyectos e Informes de Investigación de Becarios de Investigación*, 6, 264-267.
- Guarino, L. (2013). Mediación moderada, sensibilidad emocional y afrontamiento en el contexto del estrés. *Pensamiento Psicológico*, 11 (1), 141-159.
- Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 797.
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M., y Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional

- de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 111-120.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. Nueva York: Free Press.
- Kilpatrick, DG. (2002). Mental health needs. Trauma assessment and intervention. En: *The office for victims of crime (OVC)*. National Victim Assistance Academy. Estados Unidos. Disponible en: www.ojp.usdoj.gov/ovc/assist/nvaa.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Guilford.
- Linley, P. A. y Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- López, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 13 (3), 159- 174.
- Luthar, S.S., y Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71 (3), 573-575.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de Trastorno por Estrés Postraumático en Población Mexicana. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Instituto Nacional de Salud Pública. *Salud Mental*, 47, (1), 8-21.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. y Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos: ¿Crecimiento vicario o secundario?. *Terapia Psicológica*, 31, (1), 81-92.
- Palomar, J. y Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con Mexicanos (RESI-M), *Interdisciplinaria*, 27 (1), 7-22.
- Pérez-Sales, P., Eiroa-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A. y Vergara, M. (2012). Vivo Questionnaire: A measure of human worldviews and identity in trauma, crisis, and loss—validation and preliminary findings. *Journal of Loss and Trauma*, 17, 236-259.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635- 641.
- Rivera, A., Caballero, N., Pérez, I. y Montero, M. (2010). SCL-90 R: distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 105-118.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205-209.
- Sandín, B., Rodero, B., Santed, M. y García-Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11 (3), 179-190.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2008). Crecimiento postraumático en las intervenciones clínicas cognitivo-conductuales. En V. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, 3149, Madrid: Siglo XXI.
- Tedeschi, R.G. y McNally, R.J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychologist*, 66 (1), 19-24.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las emociones positivas*, 375-392, Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Hervás, G. (2008). Positive effects of Terrorism and Posttraumatic Growth: An Individual and Community Perspective. En A. Linley and S. Joseph (Eds.), *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*, 63-91. Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Ochoa, C. (2014). Posttraumatic Growth: Challenges from a Cross-Cultural Viewpoint. In G.A. Fava and C. Ruini (Eds.). *Increasing Psychological Well-Being Across Cultures*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Vera, B., Begoña, B. y Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 40-49.
- Walter, M. y Bates, G. (2012). Posttraumatic growth and recovery from post traumatic stress disorder. In V. Olisah (Ed.), *Essential notes in psychiatry*. DOI: 10.5772/38296.

Psicología
Iberoamericana

Juan Lafarga Corona · Universidad Iberoamericana, México
Editor Fundador

Cinthia Cruz del Castillo · Universidad Iberoamericana, México
Editora

Miriam Wendolyn Barajas Márquez · Universidad Iberoamericana, México
Asistente editorial

CONSEJO EDITORIAL

Alejandra Domínguez Espinosa
Universidad Iberoamericana, México

Oscar Ricardo Galicia Castillo
Universidad Iberoamericana, México

Rolando Díaz-Loving
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Rosalinda Martínez Jaimes
Universidad Iberoamericana, México

COMITÉ EDITORIAL

Carlos Alemany Briz
Universidad Pontificia Comillas, España

Rubén Ardila Ardila
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Carlos Bruner Iturbide
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Vicente E. Caballo Manrique
Universidad de Granada, España

María Elena Medina Mora
Instituto Nacional de Psiquiatría, México

Virginia Moreira
Universidad de Fortaleza, Brasil

Juan José Sánchez Sosa
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Euclides Sánchez
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Alberto S. Segrera Miranda
Universidad Iberoamericana, México

Contacto: psicologia.iberoamericana@ibero.mx
(52) 55 5950 4000 ext. 7013

NORMAS EDITORIALES

La revista *Psicología Iberoamericana* es una publicación científica que publica el Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana cada semestre. Tiene por objetivo difundir trabajos de relevancia teórica y metodológica para la psicología como ciencia o para sus diversas aplicaciones al campo profesional.

Los manuscritos susceptibles de ser publicados deberán corresponder a uno de los siguientes rubros (para mayor información consulte www.apa.org):

Estudios empíricos: son informes de investigaciones originales que ponen a prueba hipótesis, presentando nuevos análisis de datos que no se consideraron o abordaron en informes anteriores.

Reseñas de la literatura: son evaluaciones críticas de material que ya ha sido publicado con el propósito de definir y aclarar problemas, informar acerca del estado de la investigación en curso, identificar relaciones, contradicciones, diferencias e inconsistencias para así proponer otras formas de resolver el problema estudiado. En este rubro se incluyen las síntesis y los metaanálisis.

Artículos teóricos: presentan información empírica basada en la literatura de investigación existente con el objetivo de promover avances a la teoría en cuestión. El propósito principal es ampliar o refinar los constructos teóricos, presentar una nueva teoría, o bien, analizar una teoría existente señalando sus fallas o demostrando la ventaja de otra teoría sobre aquella.

Artículos metodológicos: presentan nuevas aproximaciones metodológicas, modificaciones de métodos existentes o comentarios de aproximaciones cuantitativas y de análisis de datos, aportando datos empíricos para ilustrar la aproximación. Asimismo proporcionan detalles suficientes para que el lector compare los métodos propuestos con aquéllos de uso vigente.

Estudios de caso: son informes obtenidos al trabajar con un individuo, un grupo, una comunidad u organización. Ilustran un problema, indican los medios para resolverlo y/o arrojan luz sobre investigaciones requeridas, aplicaciones clínicas o cuestiones teóricas.

Otros artículos: dentro de este rubro se encuentran las reseñas de libros, los informes breves, comentarios y réplicas sobre artículos publicados anteriormente. Este tipo de artículos se hacen generalmente por invitación y buscan aportar un análisis crítico de gran relevancia para la psicología.

Formato del manuscrito

1. El manuscrito deberá ser inédito.
2. Deberá apegarse a los lineamientos del *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (3a. edición en español o 6a. edición en inglés).
3. Debe contener los siguientes elementos:
Primera página
 - Título del trabajo (15 palabras como máximo) en inglés y en español.
 - Autor(es) y adscripción(es).

Segunda página

- Resumen del artículo en inglés y en español, de 120 a 150 palabras, y cinco palabras clave en español e inglés, en letra Arial 10 y a espacio sencillo.

A partir de la tercera página

- El texto del artículo (incluyendo las figuras, las tablas y las referencias) deberá ser de 15 cuartillas como máximo, en tamaño carta a doble espacio, con márgenes de 2.5 cm por lado y en letra Arial 11.
- Exceptuando el texto introductorio, el resto de las secciones deberán contener encabezados (por ejemplo: método, resultados, discusión, referencias, etc.) y subencabezados de acuerdo con el tipo de manuscrito que se esté sometiendo.
- Las figuras y las tablas deberán insertarse dentro del texto en el lugar que les corresponde y deberán ser lo suficientemente grandes para ser legibles.
- Todos los trabajos citados en el texto deberán aparecer en las referencias y viceversa y citarse conforme a las normas del *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*.
- Los autores deberán conservar los datos crudos de la investigación durante los tres años siguientes a la publicación del trabajo.
- El archivo deberá nombrarse con los apellidos del autor y/o autores.

Envío y proceso de publicación del manuscrito

1. El manuscrito deberá enviarse al correo electrónico psicologia.iberoamericana@ibero.mx
2. El primer autor recibirá acuse de recepción del documento.
3. La recepción del manuscrito no garantiza su publicación.
4. El manuscrito se someterá a una revisión preliminar que determinará si éste cumple con los requisitos mínimos.
5. Si el manuscrito es “susceptible de ser publicado” será sometido a dictamen de dos revisores miembros del Consejo Editorial, quienes emitirán uno de los siguientes resultados: a) aprobatorio, b) rechazado, c) pendiente (requerirá correcciones por parte del autor). El dictamen se le hará llegar al primer autor del artículo.
6. En caso de que el autor haya recibido un resultado igual a “pendiente”, se deberá reenviar el documento, con las correcciones marcadas por el Consejo Editorial en 15 días como máximo, después de los cuales —si no lo manda— se entenderá que el autor desiste de su interés para que su manuscrito sea publicado en la revista.
7. En caso de que un artículo haya sido aceptado para publicación, el autor deberá ceder por escrito los derechos de impresión y reproducción del mismo a la revista *Psicología Iberoamericana*.