



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación*

## Trabajo Fin de Grado

# **Psicología Positiva y su aplicación en el Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático.**

**Alumno: Rafael Jesús Marcos Rodríguez**

Tutoras: D<sup>a</sup> Ana Raquel Ortega Martínez  
D<sup>a</sup> Encarnación Ramírez Fernández

Dpto: Psicología

**Julio 2016**

## Índice.

1. Introducción .....	4
2. Las terapias positivas: del síntoma al bienestar. Un cambio de enfoque.....	5
3. Modelos explicativos de las terapias positivas y aplicaciones.....	7
4. Principales críticas a la Psicología Positiva y a las Terapias del Bienestar. ....	13
5. La personalidad resistente: Crecimiento ante situaciones estresoras.....	15
6. El trastorno por Estrés Postraumático.....	17
6.1. Actuales tratamientos del TEPT .....	23
6.2. Terapias positivas y TEPT. ....	25
7. Conclusiones.....	29
8. Bibliografía .....	31

## **Resumen.**

El objeto de este trabajo es hacer una revisión acerca de la aplicación de las terapias derivadas de la psicología positiva en el Trastorno por Estrés Postraumático. Para ello, se hace una revisión a lo largo de la historia de esta nueva corriente psicológica, explicando los modelos que la sustentan. Asimismo, también se hace una revisión del TEPT y de los mecanismos que lo generan y mantienen, enfocando los principales tratamientos a nivel psicológico del trastorno y añadiendo técnicas de psicología positiva. Por último, se hace un comentario a modo de conclusión desarrollando posibles líneas de investigación relacionadas con la aplicación de la Realidad Virtual y su capacidad de generar entornos controlados que evoquen unas determinadas emociones positivas para el tratamiento del TEPT.

Palabras Clave: Psicología Positiva, Trastorno por Estrés Postraumático, Trauma, Sintomatología Postraumática, Terapias positivas.

## **Abstract.**

The purpose of this paper is to review on the implementation of therapies derived from Positive Psychology in Posttraumatic Stress Disorder. To do this, a review is done throughout the history of Positive Psychology, explaining the models that support it. Also, a description of PTSD and the mechanisms that generate and maintain it, focusing on the main psychological disorder treatments, adding positive psychology techniques is also made. Finally, a comment by way of conclusion to develop possible lines of research related to the application of Virtual Reality and its ability to generate controlled environments that evoke a concrete positive emotion for the treatment of PTSD.

Keywords: Positive Psychology, Post Traumatic Stress Disorder, Trauma, Post Traumatic Symptoms, Positive Therapies.

## 1. Introducción

Si observamos las noticias día tras día, podremos observar un mundo en constante cambio y evolución. Dicha evolución siempre viene seguida de consecuencias positivas para la humanidad. Desastres naturales y producidos por la mano del hombre, suceden día tras día cerca o lejos de nuestros hogares.

En muchas ocasiones, es necesaria la intervención de personal especializado en las diversas tareas generadas por estas situaciones, principalmente para minimizar los efectos sobre las personas e intentar restablecer el equilibrio en sus vidas. En estas situaciones se genera un efecto negativo casi innegable para las víctimas, pero no sólo produce efectos en ellas. La correcta gestión emocional en los momentos cercanos a la situación traumática vivida por las víctimas es clave para minimizar los efectos a corto y medio plazo. Por otro lado, el personal de ayuda y rescate también soporta una gran cantidad de tensión y de estrés asociado a estos contextos, llegando a tener consecuencias a medio plazo en su salud psicológica y física. La mayoría de los intervinientes, experimentan fuertes emociones (miedo, estrés, sensación de pérdida de control, impotencia, pena, preocupación), que son reacciones entendibles en estas situaciones. De hecho, en el año 1976, Kliman observó estos efectos en un estudio realizado a consecuencia de unas inundaciones, llegando a definir al personal interviniente como las víctimas ocultas del desastre.

Aunque los efectos que sufren estas personas intervinientes intentan ser paliados por la formación necesaria para desarrollar su labor, es necesario también velar por una correcta salud psicológica para poder afrontar estos contextos garantizando la seguridad de las víctimas y la del propio interviniente.

Por otro lado, existen múltiples situaciones cotidianas que, si bien no tienen el impacto psicológico en las personas que puede producir una catástrofe o un atentado, afectan notablemente a la calidad de vida de las personas, como por ejemplo enfermedades como el cáncer.

Desde el punto de vista de la Psicología, existen muchas formas de abordar los efectos producidos por estos escenarios. Uno de los trastornos más comunes en estos contextos es el Trastorno por Estrés Postraumático, que pueden padecerlo tanto víctimas directas de la catástrofe, como allegados y también el personal interviniente.

Normalmente, estas intervenciones se basan en acercamientos cognitivo-conductuales que focalizan las situaciones y emociones negativas vividas. Con la irrupción de la Psicología positiva, se intentan explorar otras vías de tratamiento para este trastorno centrándose las cualidades y características positivas humanas.

Este Trabajo Fin de Grado tiene como objetivo hacer una revisión de la literatura acerca de la aplicación de la psicología positiva en el Trastorno por Estrés Postraumático e intentar plantear futuras líneas de investigación e intervención con los pacientes de este tipo de trastorno, ya sean personas que han tenido un acontecimiento vital de alta carga emocional negativa (enfermedades graves, fallecimiento de familiares), víctimas directas e indirectas de una catástrofe o los propios equipos de intervención que se exponen diariamente a estos contextos.

La búsqueda de literatura relacionada fue realizada utilizando las diversas bases de datos entre las que caben destacar ISI Web of Science, Psychology Journals, PsycINFO, Proquest y Sciverse, así como la extensión «google scholar» del buscador de internet Google para filtrar trabajos académicos. Para acotar la búsqueda, se recopilieron resultados desde hace 20 años atrás hasta la fecha, a excepción de algunas publicaciones que fueron utilizadas para realizar la base metodológica y de referencia y que, por tanto, son anteriores. Las palabras clave utilizadas fueron principalmente «TEPT», «Resiliencia», «Psicología Positiva», «Terapias Positivas» y «Crecimiento Postraumático».

## **2. Las terapias positivas: del síntoma al bienestar. Un cambio de enfoque.**

Hasta hace relativamente poco tiempo, la forma de tratar y estudiar un trastorno desde el punto de vista de la Psicología, se focalizaba en los aspectos negativos y patológicos de la situación. Conceptos como ansiedad, estrés, fobia producen efectos negativos que los pacientes bien pueden referir. En 1990, Seligman, un profesor de la Universidad de Pensilvania y antiguo director de la A.P.A., empezó a hablar de términos como fortalezas, optimismo, felicidad, creatividad o bienestar subjetivo. Él, junto con su colega de la Universidad de Claremont (California) Mihály

Csikszentmihályi, empezó a cimentar lo que se empezó a conocer como psicología positiva. Esta corriente intenta ir más allá del síntoma, impulsando el estudio de lo positivo, y centrarse en aspectos propios de cada persona que le ayudan a crecer y a mejorar como persona centrándose en sus propias emociones y capacidades, dando así una nueva perspectiva para abordar los problemas de los pacientes desde un prisma menos negativo.

En cualquiera de las actividades más cotidianas, los seres humanos nos enfrentamos a emociones negativas tales como frustración, desmotivación, estrés... El mantenimiento en el tiempo de estas emociones repercute de una manera significativa en la estabilidad emocional de las personas. Hay diversos estudios que apoyan esta idea, como el de Matt, Vázquez y Campbell en 1992 acerca de la relación entre el recuerdo de elementos positivos y la salud física y mental. También en la misma línea, en 2004 Mezulis, Abramson, Hyde y Hankin estudiaron la relación existente entre las atribuciones causales y el bienestar físico y psicológico. Ambos estudios manifiestan la importancia de tener un enfoque positivo e intentar minimizar y controlar los efectos negativos que las situaciones puedan producir en nosotros y muchos estudios posteriores también apoyaron esta línea. Por tanto, podemos pensar que el enfoque positivo aplicado a la Psicología y a su forma de intervenir con las personas, centrándose en sus fortalezas, emociones positivas e inteligencia emocional puede influir positivamente en las personas, en la forma de un tratamiento menos agresivo y más enfocado en el crecimiento de las capacidades y habilidades personales.

También estas terapias intentan dotarnos para poder enfocar de una manera más positiva estas situaciones, actuando como reguladores de nosotros mismos, podríamos ser capaces de enfocar estas situaciones desde un punto de vista más constructivo y menos negativo para nosotros. Todo esto favorecerá que la persona tenga una mejor salud mental y por tanto un mejor bienestar en su vida. A continuación, veremos algunos de los modelos explicativos en los que se sustentan las terapias positivas.

### **3. Modelos explicativos de las terapias positivas y aplicaciones.**

Marie Jahoda fue una de los principales referentes dentro del campo de la Salud Mental Positiva. En 1958, elaboró un modelo centrándose en la salud mental de las personas, definiendo que existe una necesidad de considerar no sólo aspectos de la salud física, sino también de la salud mental, ya que una buena salud física no era suficiente para tener una buena salud mental. Fue la primera en desarrollar una serie de criterios que, aunque a priori teóricos, pudieran caracterizar un estado de salud mental positiva. Estos criterios van orientados hacia uno mismo, fomentando un correcto autoconcepto y autopercepción de nosotros mismos, pero sobre todo valorando la independencia hacia los demás y nuestra propia iniciativa, sin que esto signifique renunciar a las interacciones sociales ni a la confianza en nuestros semejantes. Es necesario tener en cuenta nuestro sistema de valores, motivaciones y sentimientos para que seamos capaces de tomar consciencia de ello, sin dejar de buscar la concordancia del yo real con el yo ideal, evitando así desajustes entre ellos. Debemos intentar tener una autoestima positiva, siendo necesario para ello evaluar tanto nuestras virtudes como nuestros defectos y a aceptarlos tal y como son. Por tanto, debemos comprender los sentimientos y emociones propios y debemos orientarlos hacia el crecimiento personal, entendiéndolo como algo innato en los seres vivos, como una necesidad de avanzar, siendo necesario también una adecuada motivación e implicación con el desarrollo vital.

También es necesaria adecuada capacidad para aunar todos los procesos mentales y atribuciones que tengamos es necesaria para mostrar un correcto equilibrio psíquico y nos ayuda a tener una mayor resistencia a situaciones que puedan ser estresantes. Para que este equilibrio sea posible, es necesario tener cierta independencia y autonomía respecto de las demás personas que, en ocasiones con sus opiniones, pueden influir en nuestro mundo.

Es imprescindible una correcta valoración de la realidad ya que, en ocasiones, esta percepción va condicionada por otros procesos cognitivos como la atención o los juicios de valor, siendo capaz de mantener cierto control ambiental ayudando así a tener una percepción más neutra y, por tanto, menos dañina para nosotros.

Posteriormente, Deci y Ryan centraron su investigación en evaluar cómo afecta a las personas la forma en que estas toman decisiones, es decir, lo que les motiva a tomarlas. Principalmente, intentan observar si las conductas humanas son desarrolladas con una total reflexión y si se comprometen con un sentido de elección (Deci y Ryan, 1985, 2000). Sus planteamientos están basados en la corriente humanista y en una de sus postulados básicos: «el bienestar es fundamentalmente la consecuencia de un funcionamiento psicológico básico (Rogers, 1963) y no tanto de las experiencias gratificantes». Ven al individuo como un organismo activo y buscando siempre el crecimiento personal y su desarrollo. Esto lo hacen respondiendo en función de los refuerzos positivos y negativos existentes, analizando sus pros y sus contras para ver qué conducta nos beneficia más. Pero no siempre es así ya que estos autores observaron que en determinadas situaciones estas recompensas, sobre todo cuando se tratan de tareas que implican creatividad ya que, si la motivación interna es sustituida por una recompensa, esta creatividad disminuye.

La teoría de Deci y Ryan defiende que las personas tenemos tres necesidades psicológicas innatas, que son necesidad de competencia, necesidad de autonomía y necesidad de mantener una red de contactos que nos haga sentir parte de ella. Además de estas tres necesidades psicológicas, se necesita tener un sistema de metas coherente y congruente (metas mejor intrínsecas, coherentes con nuestros intereses y valores y coherentes entre sí). Según esta teoría, cuando somos capaces de satisfacer estas necesidades, nos sentimos más motivados, productivos y felices. Por otro lado, estos autores defienden que la experiencia temprana de privación en una o varias de estas áreas básicas, puede llegar a iniciar la aparición de *necesidades substitutivas o motivos compensatorios* (Deci y Ryan, 2000), como por ejemplo necesidad de admiración o necesidad de dominación. Estas cumplirían la función de un compensador de esas necesidades básicas que no se satisfacen.

Carol Ryff estudio el bienestar psicológico considerando elementos de las teorías previas de diversos autores como Jahoda, Rogers, Allport, etc., e intentó construir un modelo de bienestar psicológico basado en distintos aspectos del funcionamiento humano óptimo (Ryff, 1989, 1995; Ryff y Singer, 1998). Define el bienestar psicológico basándose en elementos que no incluyen las emociones positivas o de placer como el predictor del funcionamiento psicológico óptimo, sino más bien como una consecuencia del mismo. Ryff propone seis dimensiones básicas que acotarían la

salud mental, diferenciando entre funcionamiento óptimo y funcionamiento menos adecuado. Estas dimensiones sirvieron para definir una de las primeras escalas de medida del Bienestar Psicológico.

Esta autora expone la necesidad de mantener cierto control en la interacción personal con el entorno. Un control alto del entorno, favorece sensaciones de control sobre el mismo y de capacidad de influencia, reforzando así la percepción de autonomía del sujeto. Necesitamos tener relaciones positivas con otros iguales, ya que la autora lo considera como una necesidad humana básica, aunque sin olvidar que siempre hay que velar por mantener cierta independencia en esas relaciones. Necesitamos sentir que nuestra vida está orientada a un propósito, desarrollando para ello nuestros proyectos personales y buscando llegar a nuestras metas vitales. Para ello debemos centrarnos en desarrollarnos como seres humanos, mediante la potenciación de nuestras habilidades y fortalezas. Para ello debemos ser conscientes de nuestras virtudes y defectos, asumiendo estos últimos como algo inherente a nosotros y que debemos aceptar para poder cambiarlo.

La terapia del bienestar de Fava (1998) fue desarrollada, en primer término, como una estrategia para prevenir recaídas en pacientes con trastornos afectivos que experimentaban algún síntoma residual tras el tratamiento farmacológico, pero poco a poco se fue ampliando su uso para otros tipos de trastornos cognitivo-conductuales intentando potenciar la sensación de bienestar de los pacientes. Para ello, este autor toma como base las 6 áreas del bienestar de la teoría de Ryff y establece 6 dimensiones del bienestar psicológico (Fava y Tomba, 2009). La primera de esas dimensiones es el control ambiental, que se basa en la necesidad de tener una sensación de control sobre las cosas que ocurren en nuestro entorno, así como ser capaces de elegir entre varios contextos posibles según nuestras necesidades y valores. La segunda dimensión es el crecimiento personal, valorando la capacidad del individuo de seguir con su desarrollo y crecimiento a pesar de las circunstancias adversas que experimente. Otra dimensión es el propósito en la vida, proponiendo así que las personas necesitan tener metas alcanzables y sentir que tiene definido un propósito vital que le anime a luchar por lograr esos objetivos. La siguiente dimensión es la autonomía, entendiéndose como la percepción del sujeto como determinante por sí mismo en sus decisiones y en su orientación vital, dejando de lado la presión social. También es preciso que el sujeto experimente autoaceptación, siendo esta la quinta dimensión que propone este autor.

Ésta explora la autopercepción del sujeto, manteniendo una actitud positiva hacia sí mismo, aceptando sus cualidades positivas y sobre todo las negativas como parte de uno mismo. La última dimensión que defiende que es necesario que existan relaciones positivas con otras personas, ya que eso da calidez y confianza en las relaciones con otros haciéndonos sentir una empatía más intensa y valorando más la intimidad, todo ello haciendo que aumente la calidad de las relaciones del sujeto. Tras analizar diversos estudios valorando la eficacia o no de esta teoría, se observó que, sumando la terapia del bienestar a los tratamientos cognitivo-conductuales para diversos trastornos, se obtenían menores recaídas que si aplicábamos simplemente la terapia cognitivo-conductual (Fava, 1998). Según las 6 áreas del bienestar de la teoría de Ryff, si conseguimos que el paciente se centre mayoritariamente en su bienestar, podemos potenciar su mejoría, intentando que esa focalización de las emociones positivas se traduzca en una mayor ocurrencia de las mismas y en la experimentación por parte del paciente de las sensaciones positivas asociadas. Por otro lado, la identificación de todos esos elementos negativos que interrumpen esa sensación de bienestar puede hacer que el sujeto empiece a elaborar mecanismos de regulación afectiva que logren un mayor mantenimiento del estado de ánimo positivo (Wood, Heimpel y Michela, 2003). Para Fava, los resultados obtenidos en el tratamiento del TEPT desde el punto de vista de su terapia del bienestar, han de ser manejados con cautela, ya que no han sido encontrados mediante investigaciones controladas, sin embargo, si muestra una relación entre los casos reportados y que, al menos, muestra una posible ruta alternativa para superar el trauma y para dotar a los sujetos de habilidades resistentes (Fava y Tomba, 2013)

Con posterioridad, y basándose en el modelo de Ryff, Corey Keyes propone un modelo que sí cubre los aspectos hedónicos y sobre todo lo que ella denomina «bienestar social» (Keyes y Waterman, 2003). Este modelo estudia ese bienestar social desde tres perspectivas. Un bienestar emocional basado en el alto afecto positivo y en el bajo afecto negativo, así como en una alta satisfacción con nuestra vida, un bienestar psicológico que recoge las seis dimensiones de Ryff que se han definido en el punto anterior y un bienestar social que abarca relaciones con los demás exponiendo la necesidad de que estas sean positivas para favorecer ese bienestar. Para esta autora, para que ese bienestar social sea posible, es necesario que el mundo social tenga cierta lógica y coherencia, además de sentirnos parte de él y de sus grupos sociales, contribuyendo con nuestras aportaciones positivas para con la sociedad. Debemos ver esa sociedad

como marco en el que crecer como persona y aumentar la habilidad y el control de nuestras fortalezas, desechando la idea de que el mundo es un lugar hostil para nosotros y viéndolo como el lugar en el que crecer como personas.

La teoría de las tres vías de Martin Seligman ya que es una de las grandes teorías precursoras de la corriente de la psicología positiva. En 2003, tras analizar algunos de las teorías anteriores más importantes, postuló que existen tres vías principales hacia la felicidad. La vía de la vida placentera es una perspectiva puramente hedonista y expone la necesidad de experimentar las emociones positivas en el pasado, presente y futuro. Para ello, se sirve del *savoring* o *saboreo*, que consiste en intentar amplificar la percepción que obtenemos de los sentidos, o del *mindfulness*. La segunda vía es la de la vida comprometida, basada en la puesta en práctica de nuestras propias fortalezas personales y del compromiso con las tareas que trata de conseguir un estado de flujo o fluidez. Este estado se experimenta cuando una actividad nos absorbe de una manera muy intensa, haciéndonos perder la consciencia del paso del tiempo. Por último, la tercera vía es la de la vida con significado y enfoca ésta como algo menos individual y más centrada en la búsqueda del sentido, del significado vital y de trascendencia respecto a otras personas. Puede entenderse como la capacidad de aplicación de nuestras fortalezas y virtudes para conseguir el bienestar, pero no hacia nosotros mismos, sino hacia otras personas. Aunque aparentemente las tres vías parezcan igualmente importantes, Duckworth et al., (2005) observó posteriormente que el desarrollo de la vida comprometida y la vida significativa pueden tener una mayor influencia en el bienestar que la vida placentera. Aunque estas hipótesis no están todavía lo suficientemente desarrolladas como para aplicarlas. Uno de los principales problemas de esta teoría, es que está definida más como una forma de estructurar la investigación pasada y ofrecer unas futuras líneas de investigación, más que como una teoría por definición. Muestra que hay relaciones entre diversas variables y el bienestar, pero no nos muestra cómo hacerlo.

Como hemos visto hasta ahora, el estudio de la psicología positiva poseía una sólida base teórica para empezar a trabajar, sin embargo, carecía de una evidencia empírica que fuera más allá. No fue hasta el primer estudio del psicólogo americano Michael W. Fordyce, primero en 1977 y posteriormente en 1983, cuando se desarrolló una investigación más rigurosa y con solidez empírica orientada hacia variables que

influyen en la búsqueda del bienestar. Fordyce diseñó tres programas con diferente metodología para ver cuál de los tres mostraba una mayor eficacia. En primer lugar, un programa educativo que se diseñó desde un punto de vista puramente psicoeducativo (de dónde viene la felicidad, cómo conseguir un estado de ánimo positivo, rasgos y actitudes de las personas felices, etc.). En segundo lugar, diseñó un programa fundamental, en el que se dotaba a los participantes de 9 posibles actividades con las que poder aumentar su felicidad y cada día, durante la fase experimental, debían escoger 3 para ponerlas en práctica. Y, por último, desarrolló un programa de actividades en el que los participantes no recibían ningún tipo de información específica. Se prestaba ayuda a los participantes para que pensaran acerca de su felicidad y sobre el tipo de situaciones que les producían cierta satisfacción. Posteriormente, se elaboraba con dicha información una lista personalizada de 10 actividades para que, durante los días de la fase experimental, escogieran 3 para practicarlas. Tras la presentación de los programas, se pidió a los participantes que durante dos semanas eligieran un programa de los propuestos y que realizaran anotaciones en cuestionario diseñado para tal fin acerca de las actividades realizadas y los efectos producidos por cada una de ellas. Tras analizar los resultados, Fordyce observó que el bienestar sólo fue incrementado por el programa fundamental y por el programa de actividades. Esto mostraba que para tener un incremento en el bienestar es necesaria una actividad intencional sostenida y que, por otro lado, la acción meramente informativa no mostraba ningún efecto aparentemente. Concretamente de los dos programas que sí mostraron efecto, el que mayor felicidad percibió fue el programa fundamental. Con todos estos datos, Fordyce desarrolló un programa que denominó «Programa de los 14 Fundamentales» y que definían los pasos que debíamos llevar a cabo para desarrollar un incremento de nuestro bienestar.

En la actualidad, Sonja Lyubomirsky es una de las autoras de referencia dentro del campo de la psicología positiva. Esta autora defiende que el sujeto que es realmente feliz no es un sujeto pasivo, sino que es un sujeto que es activo. No se paran a verlas venir, sino que tratan de aprender cosas, manteniendo el control en la medida de lo posible sobre sus emociones (Lyubomirsky, 2008). Para ella, las personas muy felices tienen unas determinadas pautas de comportamiento, como pueden ser dedicarle mucho tiempo a aumentar y practicar sus fortalezas, así como a cultivar y mantener sus amistades. Son personas que se sienten cómodas mostrando sus emociones y teniéndolas bajo su control y por ello se relacionan de una manera más intensa con los

demás sujetos de su entorno. Intentan vivir en el presente e intentar disfrutar de los placeres de la vida que les vayan tocando vivir. Para todo esto, no solo es necesaria una buena salud emocional, sino que también deben practicar deporte regularmente para así mantener una buena forma física. Muestra un gran nivel de compromiso con los objetivos y metas que se han propuesto en su vida, logrando un avance significativo. Esto no quiere decir que estén exentos de sufrir estrés o situaciones traumáticas o que no experimenten las sensaciones negativas asociadas a los mismos, sino que son capaces de asumirlas y afrontarlas con mayor o menor entereza.

En el caso del trastorno por estrés postraumático, hay múltiples estudios que avalan que el enfoque positivo mediante técnicas de psicología positiva es muy beneficioso para el sujeto. Por citar un ejemplo que se detallará más adelante, López-Soler, Castro, Alcántara y Botella (2011) aplicaron el sistema de realidad virtual EMMA adaptado a la infancia para tratar a un niño de 13 años con diversos problemas relacionados con el maltrato que sufría y que presenciaba en su casa. Tras la aplicación del tratamiento, observaron una mejoría significativa en el menor.

#### **4. Principales críticas a la Psicología Positiva y a las Terapias del Bienestar.**

Hasta ahora se ha expuesto en este Trabajo Final de Grado teorías e investigaciones que han defendido la necesidad de cambiar el enfoque de la Psicología en relación a la forma de abordar los problemas de las personas. Pero este intento de cambio de prisma con el que mirar los diferentes trastornos, no ha ido exento de críticas sobre todo a su posible falta de empirismo.

Muchas de las críticas se centran en que complicado discernir a veces entre afectos positivos y negativos (Pérez-Álvarez, 2013) ya que esta distinción establece una valoración dicotómica, mostrando la existencia de unas emociones que «debemos sentir» y otras que «debemos evitar». Dentro del abanico de las posibles conductas del individuo y de las emociones asociadas a ellas, las que conllevan consecuencias negativas son igualmente válidas para nuestro aprendizaje y por tanto igualmente

necesarias que las conductas que conlleven asociadas emociones positivas. Pongamos el ejemplo del miedo. El miedo normalmente tiene asociada una carga negativa significativa, sin embargo, es tremendamente adaptativo. Por otro lado, la existencia de sólo emociones positivas puede hacer que la persona se quede acomodada en ese estado de bienestar permanente y deje de buscar su desarrollo personal. También el exceso y permanencia en el tiempo de emociones positivas puede tener un doble filo. Una persona que se muestre más optimista y feliz puede también ser más confiada y por tanto ser susceptible de engaño de una manera más fácil que una persona que tenga miedo y que sea desconfiada de base.

Hay diversos estudios que demuestran lo expuesto en este último punto. En 2008, Forgas y East diseñaron un experimento en que inducían un estado de felicidad en uno de los grupos de participantes. Los resultados arrojaron que los participantes que fueron inducidos con un estado de humor positivo, mostraban una tendencia a aceptar la veracidad de las comunicaciones y una menor capacidad para detectar un engaño, ya que eran más confiados.

Desde el punto de vista de los modelos de atribución, las personas con un estado emocional muy positivo son más propensas a cometer el «error fundamental de atribución», que consiste en la sobreestimación de la motivación personal interna a la hora de explicar las conductas que se observan en los demás, dejando más de lado las atribuciones externas (Forgas, 1998).

En 2010, Tan y Forgas realizaron un experimento que indujo a uno de los dos grupos de participantes en un estado de humor positivo y en el que se les pedía que hicieran unos repartos de un juego determinado. Se observó que el grupo al que previamente le habían inducido un estado emocional feliz, hacían el reparto más en función de sus impulsos egoístas que el otro grupo que tenía un estado de humor negativo. Este resultado mostró que las personas con el humor negativo prestan más atención a las reglas de justicia.

La expresión de emociones positivas de manera reiterada también puede ser perjudicial para las personas. Diversos estudios, como el de Wood, Perunovic y Lee en 2009, muestran que la exposición reiterada de frases positivas puede beneficiar a personas con la autoestima alta, pero puede hundir aún más a las personas con la autoestima baja, ya que se enfrentan constantemente a un deseo que no es acorde con su realidad, por lo que podría generar frustración y por tanto una mayor angustia al verse lejos de su objetivo.

Por último, Forgas (2013) destacó 8 beneficios de tener un estado de humor triste, entre los que se encontraban tener mejor memoria, hacer juicios más precisos y menos influidos por las emociones, ser menos crédulos, reaccionar mejor contra los estereotipos, aparte de ser más justos y más persuasivos. También tienen ventajas motivacionales e interpersonales, ya que los individuos con una mayor carga negativa son probablemente más persistentes ante una tarea que presente una mayor dificultad y se muestran más atentas a sus relaciones personales.

## **5. La personalidad resistente: Crecimiento ante situaciones estresoras.**

Ninguna persona en la sociedad actual está exenta de vivir situaciones más o menos estresantes. Estas situaciones no afectan a todos por igual, y lo que a unos les produce más ansiedad a otros simplemente no les afecta. Pero todos los seres humanos, en mayor o menor medida, han tenido que reponerse tras un golpe durante su curso vital. En esos momentos, es donde entra en juego la personalidad resistente.

En 1979, Kobasa y posteriormente esta misma autora junto con Maddi (1984) estudiaron este tipo de personalidad y los factores que dependen de su desarrollo, denominando *hardiness* o personalidad resistente al patrón de comportamiento que muestran esas personas que se crecen ante la adversidad. Este patrón tiene tres actitudes base. Es necesario compromiso e implicación con las conductas que, pese a todo, nos llevan a continuar sintiéndonos parte de los demás seres humanos y del entorno en el que habitamos, en vez de aislarnos o desvincularnos. También se necesita cierto control sobre las cosas que pasan alrededor, en vez de percibir las como un mero espectador. Por último, las personas que tienen una personalidad resistente, aceptan que la vida está llena de experiencias, tanto positivas como negativas. Son estas últimas las que deben ser aprovechadas como una gran fuente de experiencia y conocimiento, para seguir avanzando. No esquiva estas dificultades, sino que aprende de ellas.

Estas tres actitudes base conforman el patrón de personalidad resistente y son las que hacen a esas personas avanzar pese a las dificultades y a afrontar las situaciones

estresantes como una oportunidad para aprender y afrontarlas. Además, estas personas afrontan los problemas como algo que se debe solucionar en vez de ser evitados (afrontamiento resistente), no dejan de interactuar con las demás personas de su entorno desde una perspectiva de ayuda mutua (apoyo social) e intenta mantener un equilibrio en su nivel de activación que permita afrontar los problemas (autocuidado). Todo lo anteriormente mencionado, capacita a la persona a ver su vida como algo sobre lo que tiene parte de decisión y afronta las dificultades como una manera de probarse y crecer.

Reichters y Weintraub (1990) estudiaron la existencia de factores protectores a modo de mecanismos que mantienen no solo los recursos del contexto que las personas pueden utilizar, sino también la predisposición que éstas tienen para adaptarse a dicho contexto. Posteriormente, Werner (1993) observó en un estudio longitudinal que los factores protectores fluyen según tres mecanismos claramente diferenciados. En el mecanismo de la compensación, los elementos estresantes y las capacidades individuales se activarían para predecir una consecuencia. De esta manera el estrés generado puede ser contrarrestado con cualidades propias del sujeto o acudiendo a sus fuentes de apoyo social. En el modelo del desafío, la visión del estrés es más enfocada desde el punto de vista de un estimulador de competencia, siempre y cuando la intensidad del estresor no sea excesiva. Por último, en el modelo de inmunidad, los factores protectores actúan como un modulador del impacto del estrés, facilitando la adaptación a la situación.

Este patrón de personalidad resistente es muy útil en personas que afrontan acontecimientos traumáticos en su vida y que deben exponerse a su superación. Pese a todo, no siempre se logra este objetivo y esa experiencia traumática puede hacer que se desarrolle un trastorno posterior.

## 6. El trastorno por Estrés Postraumático.

Como se acaba de decir, no siempre es posible desarrollar una conducta adaptada y aprender de todas esas situaciones que nos producen una alta sensación de estrés y angustia. En esos casos, el correcto devenir de la vida de las personas se ve alterado significativamente, desarrollando, en muchas ocasiones, un trastorno de estrés postraumático.

Según el DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), este trastorno está definido por los siguientes criterios (para adultos, adolescentes y niños mayores de seis años):

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
  2. Presencia directa del suceso(s) traumático(s) ocurrido a otros.
  3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
  4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p.ej. socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles de maltrato infantil, etc.)

Nota: el criterio 4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso:
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: en los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: en los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.

Nota: en los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos y situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores tales como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej. «Estoy mal», «No puedo confiar en nadie», «El mundo es peligroso», «Tengo los nervios destrozados»).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o de las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p.ej. miedo, terror, enfado, culpa, vergüenza...)
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej. felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las siguientes características:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p.ej. dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos derivados del consumo de alguna sustancia (p.ej. medicamentos o alcohol) o a otra afección médica.

*Especificar si:*

Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p.ej. como si se soñara, sensación de que el tiempo pasa muy despacio)
2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p.ej. el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no han de poder atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej. epilepsia parcial compleja).

*Especificar si:*

Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Este trastorno es más probable, grave o duradero cuando el estresor es aplicado directamente por el hombre (p. ej. Tortura, violación, violencia, terrorismo, etc.). También es más probable su aparición cuanto más intenso, duradero y sobre todo si es directamente experimentado por el paciente, en vez de ser un mero observador.

Para que a una persona se le pueda diagnosticar este trastorno, debe los criterios que hemos visto anteriormente. Pero según Barlow (1988, 2002) y Jones y Barlow (1990) es necesaria además una vulnerabilidad biológica y una vulnerabilidad psicológica. Las personas ante estos eventos traumáticos pueden emitir una conducta de miedo e indefensión y estas vulnerabilidades favorecen el desarrollo de una expectativa negativa y de alta ansiedad ante la posibilidad de volver a enfrentarse a un acontecimiento traumático. La predisposición biológica para desarrollar este trastorno puede venir dada por una hiperactivación autónoma crónica y/o en una debilidad del sistema noradrenérgico. Aunque no hay gran literatura al respecto, Koenen, Amstadter y Nugent (2009) observaron que aproximadamente un tercio de la vulnerabilidad biológica a desarrollar TEPT es hereditaria y el resto corresponde a un factor ambiental. Por otro lado, la predisposición psicológica se basa en el nivel de incontrolabilidad y/o impredecibilidad que percibe el sujeto respecto a la situación traumática. Esta vulnerabilidad puede aumentar si hemos experimentado sucesos negativos con alta emotividad previos a la situación traumática.

El Trastorno por Estrés Postraumático tiene como característica principal la repetición continuada de la acción traumática. Este recuerdo mantiene al paciente en un estado de alerta aumentado que condiciona en cierta manera las futuras experiencias. Esta hiperactivación se produce por la huella que produce la reacción traumática en la amígdala, a la que vuelve más excitable. Por ello, cuando la persona interpreta una situación de forma parecida al suceso traumático, esta excitación produce una respuesta de alarma, provocando respuestas defensivas en situaciones peligrosas realmente, pero también, ante situaciones neutras que el sujeto perciba como amenazantes. El modelo fundamental para explicar este trastorno es la teoría bifactorial de Mowrer (1947, 1960). Según este modelo, tanto el miedo como los demás síntomas de este trastorno se adquieren por condicionamiento clásico. La situación altamente ansiógena, es asociada a estímulos que inicialmente deberían ser neutros. La exposición a estos elementos neutros en un futuro dispara la respuesta condicionada de ansiedad. Tras este

condicionamiento inicial, la evitación de las situaciones temidas viene dada por condicionamiento operante, ya que la huida de estos contextos provocaría un alivio a corto plazo por el alejamiento de la situación, favoreciendo esto que se mantenga la conducta.

Actualmente vivimos en una sociedad que debe evolucionar y adaptarse a un medio en continua evolución. Muchas de las situaciones a las que se tienen que enfrentar las personas durante su vida llevan asociada una alta carga emocional. Enfermedades como el cáncer producen efectos devastadores en la salud mental de los pacientes. Desgraciadamente, además de los sucesos cotidianos, últimamente también debemos enfrentarnos a catástrofes naturales y catástrofes producidas por el hombre (atentados, violaciones, secuestros...) que también pueden causar, como mínimo, los mismos efectos en los pacientes. Por ejemplo, cabe citar el artículo de Hillers y Rey acerca del seguimiento de los afectados por los atentados en Madrid el 11 de marzo de 2004 que se publicó en la revista *anales de psicología* en el año 2006. En él se explica la necesidad de valorar las atenciones que se prestaron a la población demandante durante el suceso traumático y sobre todo posteriormente para valorar posibles desarrollos de trastornos asociados a este suceso. Pero todas estas situaciones altamente estresantes no producen los mismos efectos. Existen diferentes clasificaciones de los desastres que pueden generar un trastorno de estrés postraumático. Todas ellas tienen en común el que uno de los agravantes de los efectos de estos sucesos es la inclusión o no de la mano del hombre en la autoría de la catástrofe, su duración y su carácter inesperado. Según Parada (2008) podemos clasificar las catástrofes en orden de menor a mayor impacto emocional: desastres naturales de ocurrencia súbita e inesperada (avalanchas, terremotos, inundaciones, tornados, etc.), desastres naturales de larga duración (epidemias, desertización, hambre, enfermedades), desastres producidos por el hombre de ocurrencia súbita e inesperada (accidentes de tráfico, tecnológicos, industriales, nucleares o químicos; incendios, atentados, secuestros) y desastres producidos por el hombre de larga duración (guerras o grandes desplazamientos de refugiados).

## 6.1. Actuales tratamientos del TEPT

Existen diversas formas de afrontar el tratamiento del estrés postraumático. Las más usadas son la Terapia Cognitivo-Conductual, La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) y el Debriefing.

La terapia cognitivo-conductual es la que mayor eficacia empírica ha demostrado para el tratamiento del TEPT (Baguena 2001). Principalmente, existen dos formas de abordar este trastorno de una manera eficaz. Por un lado, tenemos las que se centran en formas de exploración del estrés generado por la situación. Estas técnicas favorecen la comprensión y el control del sujeto sobre la situación y la respuesta emocional experimentada (Botero, 2005). Por otro lado, están las que se centran en la exposición al estímulo traumático. Estas terapias intentan extinguir la asociación entre el suceso traumático y la respuesta emocional condicionada (Baguena 2001). Principalmente son técnicas de desensibilización sistemática que buscan, mediante el condicionamiento clásico, disminuir la respuesta de miedo desarrollando una respuesta de relajación contrario a este.

La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) fue desarrollada en 1987 por la psicóloga norteamericana Francine Shapiro, descubrió que los movimientos oculares voluntarios reducían la intensidad de la angustia de los pensamientos negativos. Tras Esta terapia usa la estimulación bilateral, ya sea con movimientos oculares o sonidos, para estimular un hemisferio cerebral a la vez. Cabe citar que el concepto de trauma para esta autora es muy amplio, explicándolo como cualquier hecho que haya tenido un efecto duradero en una persona (Shapiro, 2007). Este hecho permite aplicar este procedimiento en duelo, fobias, pánico, dolor crónico, etc. Por ello, la autora diferencia entre dos tipos de trauma: El Trauma (con T mayúscula) es cualquier experiencia vivida por el sujeto en la que haya visto peligrar de manera clara su vida o su integridad física (violaciones, catástrofes naturales, accidentes, etc.). El trauma (con t minúscula) se refiere a los traumas que afecta únicamente a niveles emocionales (divorcio de los padres, desapego, etc.)

En un primer experimento en con víctimas de violaciones y abuso sexual y con soldados heridos de la guerra de Vietnam, y tras la aplicación de su terapia, observó una reducción del nivel de ansiedad tras la desensibilización de los recuerdos que generaban

una mayor ansiedad, un cambio en la percepción del sujeto acerca del suceso traumático y un descenso de los síntomas característicos del TEPT (Shapiro, 1989). Este procedimiento consiste en la identificación por parte del sujeto de los aspectos más estresantes y angustiosos del suceso. Este proceso es guiado por el terapeuta, que ayuda a centrar la atención en los aspectos más importantes. Tras esto, el paciente realiza movimientos oculares (también puede usarse estimulación auditiva en cada oído o kinestésica, en forma de golpecitos en los hombros del paciente o en sus manos) y entonces le vienen a la mente otras partes del recuerdo u otros recuerdos asociados. El terapeuta mientras tanto controla el procesamiento de la información del paciente, interrumpiendo esos movimientos oculares (u otra estimulación) cuando lo estime oportuno. Este procedimiento facilita la interconexión entre los dos hemisferios del cerebro, logrando así una disminución de los sentimientos negativos y un correcto procesamiento de la información.

El defusing y el debriefing son estrategias grupales destinadas a atender de forma inmediata para atender el estrés en personal interviniente en una emergencia, tras la participación en un suceso altamente impactante a nivel psicológico. Aunque estas personas no experimenten el acontecimiento en sí mismos, están forzados a convivir con las consecuencias que estos han causado en sus semejantes. El defusing es una técnica grupal semiestructurada que se ejecuta una vez finalizada la intervención en el suceso crítico. Intenta facilitar la ventilación emocional y la reposición del profesional tras la intervención, así como animar y formar a los intervinientes en técnicas de afrontamiento y conductas saludables tras la misma. El objetivo es una «verbalización emocional inmediata» (Crocq, 1999). Se intenta brindar un espacio de acogida tras la intervención, así como normalizar las emociones experimentadas por cada uno de los intervinientes. El empleo de la terapia grupal, anima y facilita la exposición de estos estados emocionales, ya que normalmente las emociones son en cierto grado comunes entre los intervinientes. Por otro lado, el debriefing psicológico es una técnica preventiva bastante estructurada que se suele utilizar a partir del segundo o tercer día después de la intervención, dada la necesidad de trabajar el componente cognitivo de las emociones generadas. Intenta paliar las consecuencias de la exposición a estas situaciones, así como favorecer la integración del suceso por parte del interviniente, intentado diferenciar los hechos ocurridos de pensamientos o interpretaciones, y observar las emociones asociadas a estos. Para ello se centran en la necesidad de tomar

conciencia de los hechos y asimilarlos de una manera ordenada y concreta, rememorando el suceso traumático. Existen dos corrientes diferenciadas: la primera es la referida a los trabajos de Mitchell en 1983 con un enfoque principalmente conductista y cognitivo, y orientada como apoyo a los intervinientes en desastres. Por otro lado, está el llamado «debriefing francés» que está más conceptualizado como una psicoterapia temprana post traumática (Lebigot, 1998). Sin embargo, Hervás y Vázquez (2009) manifiestan que, aunque el debriefing sea una técnica ampliamente usada para tratar el TEPT, existen diferentes estudios empíricos que indican que no muestra eficacia. Belaise, Fava y Marks (2005) observaron cómo la exposición a señales relacionadas directamente con el suceso traumático, no es un elemento para el éxito del tratamiento. En este estudio se evaluó a tres pacientes que presentaban trastorno de estrés postraumático que fueron tratados con técnicas que no usaban la referencia continua al estresor o a estímulos relacionados, seguidas de técnicas de psicología positiva. Se observó que los pacientes mejoraron significativamente tras la intervención, incluso 5 años después.

## **6.2. Terapias positivas y TEPT.**

Unos de los conceptos que se incluye la psicología positiva en el trastorno por estrés postraumático es la resiliencia. Los estudios acerca de este término intentan entender por qué unas personas tienen una capacidad innata de restaurarse a sí mismos a un estado de equilibrio tras pasar por una situación traumática y otras no. Las enfermedades de pronóstico grave, las catástrofes naturales o la pérdida de un ser querido son situaciones potencialmente traumáticas que pueden generar una gran cantidad de estrés en las personas que lo padecen (Kangas, Henry y Bryant, 2002), llegando incluso a derivar en posibles trastornos de estrés postraumático. Enfermedades como el cáncer han sido fuente de muchos estudios referidos a cómo los pacientes experimentan este diagnóstico y en cómo esto les afecta a sus vidas y a las de sus familiares (Hodges, Humphris y Macfarlane, 2005).

Masten (2001) explica la resiliencia como un proceso por el cual las personas o comunidades, en función de sus características individuales y de los recursos de su entorno, adquieren la capacidad de tratar la adversidad de una manera eficaz y exitosa,

considerando la resiliencia como algo en que evoluciona como una interacción entre el sujeto y su entorno a lo largo de su vida. Según Uriarte (2010), existen múltiples definiciones de resiliencia, pero todas se pueden agrupar en tres categorías. Las que consideran a la resiliencia como una resistencia, haciéndonos capaces de permanecer íntegros frente a los efectos de una situación complicada, de ser capaz de vivir y desarrollarnos de una manera normal en un contexto lleno de riesgos y estrés. En otro punto están las que consideran a la resiliencia como recuperación, es decir, como la posibilidad de afrontar una alteración de su entorno o un daño recibido a causa de una circunstancia adversa de manera que las personas puedan volver a su estado original y tener una vida normal de nuevo. Por ello, las personas más resilientes necesitarían menos tiempo para volver a ese estado previo a la situación traumática. Por último, existen definiciones que contemplan a la resiliencia como transformación, favoreciendo que las personas resilientes no solo mantengan la integridad ante un revés vital y puedan volver a su estado inicial tras el mismo, sino que deban salir fortalecidos de estos sucesos, aprovechando la experiencia que estos les puedan brindar para abordar escenarios futuros, aprovechando así las nuevas oportunidades que puedan surgir a través de la crisis.

Posteriormente, Saavedra (2003) desarrolló el modelo interaccional de la resiliencia, definido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT). En él, la resiliencia se entiende como una acción orientada a metas o como una respuesta sustentada en un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados (Saavedra y Villalta, 2008). Aunque esta acción no siempre dada por el individuo en una situación concreta. Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu (2010) observaron en una investigación posterior que los mecanismos de la resiliencia pueden ser diferentes según la severidad contextual. Según esto, las personas son resilientes en determinadas situaciones y vulnerables en otras distintas.

En relación con el TEPT, ha aumentado el interés por evaluar la importancia de los aspectos cognitivos en respuesta al acontecimiento traumático (Ehlers y Clark, 2000). Tal y como planteó Janoff-Bulman (1992), los eventos traumáticos influyen de manera directa en el sistema cognitivo las personas que los padecen. Toda la sensación de seguridad y de control que creemos tener, cambia en un momento, haciéndonos tomar conciencia de la fragilidad del sistema cognitivo en el que nos basamos. Esta

fragilidad pone en riesgo la estabilidad necesaria en nuestro sistema conceptual y, de esta forma, las personas observan como sus expectativas y sus estrategias de afrontamiento y control no sirven de mucho. En este momento, hay personas que son capaces de reconstruirse y adaptarse a la nueva situación y otras, por el contrario, pueden presentar grandes dificultades y desarrollar algún tipo de trastorno. Esta afectación cognitiva, puede verse compensada con un enfoque más positivo del suceso, planteándolo desde el punto de vista del crecimiento y adaptación a la nueva situación.

Las nuevas tecnologías amplían el campo de aplicación de las terapias positivas y del entrenamiento en resiliencia. En muchas situaciones, la posibilidad de que el paciente genere sentimientos positivos puede llegar a ser complejo, dada las circunstancias traumáticas del suceso, o la edad del mismo. Las técnicas de realidad virtual intentan paliar estos efectos intentando ayudar a la imaginación induciendo sensaciones. Según Botella (2004), la realidad virtual es una técnica inmersiva, ya que podemos conseguir es que los pacientes experimenten la sensación de estar presentes en el mundo creado mediante esta técnica, de manera que experimente las sensaciones producidas de una manera más real y sobre todo más segura para ellos. Posteriormente este mismo autor dos años después desarrolló EMMA: Engaging Media for Mental Health Applications. EMMA es un generador de entornos virtuales capaz de recrear cinco paisajes diferentes, junto con sonidos y narraciones, asociados a cinco emociones básicas: ira, relajación, ansiedad, tristeza y alegría.

Un ejemplo práctico de las terapias positivas mediante el uso de la realidad virtual en el trastorno por estrés postraumático lo podemos ver en el estudio de López-Soler, Castro, Alcántara y Botella (2011) en el que aplicaron el sistema de realidad virtual EMMA-Infancia. En este caso clínico un niño de 13 años que acudió a consulta encontrándose en acogimiento con familia ajena junto con su hermano. Este niño padeció maltrato intrafamiliar crónico cuando estaba con su familia natal, siendo testigo de violencia de género del padre a la madre y de maltrato físico y emocional del padre al menor. Esto derivó a que su tutela y la de dos de sus hermanos fuera asumida por servicios sociales. Tras la correspondiente evaluación psicológica, el niño fue diagnosticado de trastorno por estrés postraumático crónico (si bien no reúne los criterios para el trastorno específico, a nivel clínico se observa síntomas ansioso-depresiva y un patrón de comportamiento externalizante con agresividad física y verbal y muestras de desobediencia). Fue elegida la herramienta EMMA-Infancia ya que está basada en el sistema de realidad virtual, pero además está adaptada para su aplicación

con menores, modificando los rostros, introduciendo personajes de dibujos animados y modificando los entornos para que sean más fáciles de asimilar para los niños. El tratamiento tiene lugar durante 47 sesiones con una periodicidad semanal (con pequeñas excepciones como fiestas o vacaciones) de 60 minutos de duración. La predisposición del menor era buena normalmente, pero en las ocasiones en las que se recordaba la situación traumática anterior mostraba cierta resistencia y bloqueo emocional que ralentizaba un poco el proceso. Realizaron tres evaluaciones durante la totalidad de la intervención: antes de la misma, antes de elaborar el trauma y al finalizar el tratamiento. Se observa en la evaluación posterior a la intervención una disminución de la ansiedad, depresión, estrés postraumático e inadaptación, medidos con diversos cuestionarios. Asimismo, se han referido cambios positivos en la evolución del menor desde el punto de vista de profesores, compañeros de clase y educadores. Actualmente, el menor es capaz de reconocer y mostrar sus emociones de manera adecuada siendo capaz de controlar la rabia, manejándola y siendo capaz de relajarse. También se ha visto modificada su visión de futuro siendo esta esperanzadora, según observan los investigadores.

Otra forma de aplicación de las terapias positivas es en la prevención de desarrollo de trastorno por estrés postraumático en pacientes con patologías graves como pueden ser el cáncer y la fibromialgia. Guadalupe Molinari (2011) y otros colegas intentaron comprobar la utilidad de la herramienta de realidad virtual EMMA, junto con técnicas de psicología positiva, en el tratamiento de pacientes con fibromialgia, utilizando técnicas de activación comportamental. Usaron el entorno que generaban gracias a EMMA que inducía tranquilidad y relajación junto con una serie de sonidos, colores y narrativas que evocaban sentimientos positivos. Pretendían evaluar los cambios antes y después de la aplicación de esta terapia en variables asociadas con la enfermedad (fatiga, intensidad del dolor, motivación para realizar una tarea, emociones asociadas, etc.) de una muestra de 20 mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Tras evaluar los resultados, observaron que se producía una bajada en la intensidad del dolor y fatiga, aunque no es estadísticamente significativa. Sin embargo, existían diferencias significativas en las personas que habían recibido el tratamiento frente a las que no lo habían hecho, principalmente en el estado de ánimo y en la motivación para realizar una tarea, demostrando así la aplicabilidad de estas técnicas.

Posteriormente, Mera y Ortiz (2012) publicaron un artículo con el que desarrollaban una investigación acerca de la relación entre la calidad de vida de mujeres que habían padecido cáncer de mama, su optimismo y las estrategias de afrontamiento con las que trataron de enfrentarse a la enfermedad y al cambio de vida que esta conlleva. Esto se realizó mediante distintos instrumentos y cuestionarios para la recogida de datos, tanto sociodemográficos y de salud. Los investigadores, tras analizar los datos, concluyeron que la variable que mejor predice la calidad de vida es el afrontamiento, concretamente desde dos perspectivas, sobre todo: apoyo social y autocrítica. También el optimismo parece tener una correlación positiva con la calidad de vida. Este resultado está relacionado con que posiblemente las personas optimistas tienen la creencia de que ocurrirán cosas positivas (Sheier y Carver, 1985), lo que hace que se esfuercen por enfrentar el problema de un modo positivo, sobre todo a la hora de afrontar el diagnóstico y favorecer un ajuste beneficioso a la enfermedad. También cabe destacar que las personas optimistas atribuyen las causas de los sucesos negativos que sufren son debidas a causas de externas, inestables temporalmente y concretas (Seligman, 1988). Existen multitud de estudios enfocados a potenciar el crecimiento personal y el entrenamiento en fortalezas relacionados con este tipo de pacientes y con otros con enfermedades de similar pronóstico. Estas intervenciones demuestran que la psicología positiva tiene un papel evidente no sólo en la reducción del sufrimiento ante la adversidad, sino también en la construcción de recursos que atenúen los efectos negativos de la adversidad.

## **7. Conclusiones.**

Tal y como se expresaba al inicio de este Trabajo Fin de Grado, el objeto del mismo ha sido hacer una revisión de la literatura sobre el uso de las terapias positivas en el trastorno de estrés postraumático, así como su eficacia en el tratamiento del mismo y en su prevención. Hemos visto que el TEPT se ha tratado principalmente mediante tres técnicas: terapia cognitivo-conductual, terapia EMDR y las técnicas de defusing-debriefing. Estas técnicas tienen en común la necesidad de repetir la exposición a la situación traumática para así poder incluirla e recodificarla en el día a día del individuo. Puede ser bastante interesante y positivo para los pacientes la inclusión los conceptos

que proporciona esta corriente psicológica a las actuales terapias de tratamiento psicológico y más aún cuando los pacientes se enfrentan a una situación potencialmente traumática en sus vidas. Esta rama de la psicología puede enriquecer profundamente a la mayoría de las técnicas que se usan a día de hoy para tratar el Trastorno por Estrés Posttraumático, sobre todo enfocando el proceso como un camino que, aunque a veces pueda ser complicado emocionalmente hablando, debe centrarse en el restablecimiento de la persona, posibilitando en gran medida que lo integre a su día a día. Es posible que al añadir estos nuevos conceptos de la psicología positiva se logre que no nos centremos tanto en el síntoma y en los componentes negativos del trastorno, provocando de manera continuada la exposición al mismo, sino que se emplee para que la persona adquiera esa experiencia vital y la integre como algo positivo para su vida. Citando a Antonie de Saint-Exupery, «*el hombre se descubre cuando se mide a un obstáculo*» son esas situaciones traumáticas que generan el trastorno las que deben tratarse mediante el enfoque del crecimiento y fortalezas personales en conjunto con otras técnicas más tradicionales, ya que siempre se debe buscar el favorecer el avance de la persona y su fortalecimiento. Hemos visto que la realidad virtual es una herramienta extremadamente útil para poder generar un escenario con una alta emotividad positiva, pudiendo asociar a éste sonidos que también evoquen emociones parecidas. Viendo la evolución de la informática y la electrónica a día de hoy, posiblemente estas posibilidades vayan en aumento posibilitando quizá la inclusión de más sentidos, como el olfato y el tacto, a estas recreaciones, aumentando así el nivel de autenticidad de las mismas. Todo esto favorecerá, sin duda, la creación de ese clima positivo de crecimiento al que, junto con la aplicación otro tipo de terapias más tradicionales, con el que empezar a construir de nuevo.

## 8. Bibliografía

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington: Autor.
- Badós, A. (2015) “Trastorno por estrés postraumático”. Apuntes de clase. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Barcelona.
- Baguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, Vol. 13(3), Páginas: 479- 492.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Belaise, C., Fava, G. y Marks, I. (2005). Alternatives to Debriefing and Modification to Cognitive Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol. 74 (4). Páginas: 212-217.
- Belloso, J., García, B. y De Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 20 (73), Páginas: 23-40.
- Botella, C. et al. (2004). *Virtual Reality and Psychotherapy in Cybertherapy: Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amsterdam: IOS Press.
- Botella, C. et al (2006) Using an Adaptive Display for the Treatment of Emotional Disorders: A preliminary analysis of effectiveness. *CHI 2006*, April 22-27, 2006, Montreal, Canadá.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo conductual para el trastorno por estrés postraumático en ex combatientes colombianos. *Universitas Psicológica*, Vol. 4(2), Páginas: 205- 219.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.

- Crocq, L. (1999), *Les traumatismes psychiques de guerre*. París: Editions Odile Jacob.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. y Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*. Vol. 30. Páginas: 479-495.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Selfdetermination in personality. *Journal of Research in Personality*, Vol. 19, Páginas: 109-134.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Ehlers, A. y Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*. Vol. 38 (4). Páginas: 319-345.
- Fava, G., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 55. Páginas: 816- 820.
- Fava, G. (1999). Well-being therapy. *Psychoterapy and Psychosomatics*. Vol. 64. Páginas 123-133.
- Fava, G. y Ruini, C. (2003) Development and characteristic of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol. 34, Páginas 45-63.
- Fava, G. y Tomba. E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality*. Vol 77 (6). Páginas 1903-1934.
- Fava, G. y Ruini, C. (2013) The polarities of Psychological well-being and their response to treatment. *Terapia Psicológica*. Vol. 31 (1). Páginas: 49-57.
- Fordyce, M. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology*, 24. Páginas: 511-520.
- Fordyce, M. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30. Páginas: 483-498.

- Forgas, J. (1998). On feeling good and getting your way: Mood effects on negotiator cognition and bargaining strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 74 (3). Páginas: 565-577.
- Forgas, J. (2013). Don't worry, be sad! On the cognitive, motivational, and interpersonal benefits of negative mood. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 22. Páginas: 225-232.
- Guerra, C. y Plaza, H. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, Vol. 18 (1). Páginas: 103-129.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2009). *Psicología Positiva Aplicada*. (2ª Edición). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Hillers, R. y Rey, M. (2006). Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid desde el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA 112. *Anales de Psicología*, vol.22 (1). Páginas: 1-10.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M., y Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their careers. *Social Science Medicine*, Vol. 60. Páginas: 1-12.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Janoff-Bulman, R (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press.
- Jones, J.C. y Barlow, D.H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- Kangas, M., Henry, J. L., y Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 22, Páginas: 499-524.
- Keyes, C. y Waterman, M.B. (2003) Dimensions of well-being and mental health in adulthood. In M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, and K. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development throughout the life course* (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Kliman, A. S. (1976). The Corning Flood Project: Psychological First Aid Following a Natural Disaster. *Emergency and Disaster Management: A Mental Health Sourcebook*. Maryland: Charles Press.
- Kobasa, S.C. (1979) Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37 (1). Páginas: 1-11.
- Lebigot, F. (1998) Le debriefing individuel du traumatisme psychique. *Annales Médico-psychologiques*. Vol. 155 (6). Páginas: 370-378.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. y Botella, C. (2011) Sistema de realidad virtual EMMA-Infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 16 (3). Páginas: 189-206.
- Lyubomirsky, S. (2008) *La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Urano.
- Maddi, S. (2008). The courage and strategies of hardiness as helpful in growing despite major, disruptive stresses. *American Psychologist*, Vol. 63, Páginas: 563-564.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, Vol. 56 (3). Páginas: 227-238.
- Masten, A. S. (2004) Regulatory Processes, Risk, and Resilience in Adolescent Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1021, Páginas: 321-319.
- Matt, G., Vázquez, C. y Campbell, W. (1992) Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 12. Páginas: 227-255.
- Meichenbaum, D. (2012). *Roadmap to Resilience: a guide for Military, Trauma Victims and their families*. Belleair, (FL): Institute Press.
- Mera, P y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, Vol. 30 (3), Páginas: 69-78.

- Mezulis, A., Abramson, L., Hyde, J. y Hankin, B. (2004). Is there a Universal Positive Bias in Attributions? A Meta-Analytic Review of Individual, Developmental and Cultural Differences in the Self-Serving Attributional Bias. *Psychological Bulletin*, Vol. 130 (5). Páginas: 711 – 747.
- Mitchell, J. (1983). When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*. Vol 8. Páginas: 36-39.
- Molinari, G. et al. (2011) Potenciando las emociones positivas y la activación comportamental en pacientes con fibromialgia mediante la utilización de nuevas tecnologías. *Fòrum de Recerca*, Vol. 16. Páginas: 989-1006
- Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *Harvard Educational Review*, Vol. 17, Páginas: 102-148.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and symbolic processes*. New York: John Wiley and Sons
- Parada, E. (coord.) (2008). *Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia (2ª Edición.)* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). La Psicología Positiva y sus amigos: en evidencia. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 34 (3). Páginas: 208 – 226.
- Richters, J. y Weintaub, S. (1992). *Beyond disthesis: toward an understanding of high-risk environments. Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rogers, C. (1963). Actualizing tendency in relation to “motives” and to “consciousness”. *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ryff, C. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 57 (6). Páginas: 1069-1081.
- Ryff, C. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 4 (4). Páginas: 99-104.

- Ryff, C. y Singer, B. (1998). The contours of Positive Humans Health. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*. Vol. 9. (1). Páginas 1-28.
- Saavedra, E. (2003). *El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos resilientes: estudio de casos*. Tesis Doctoral, Universidad de Valladolid, España.
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, Vol. 4, Páginas: 219-247.
- Seligman, M. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona, España: Grijalbo
- Seligman, M y Pawelski, J. (2003). Positive Psychology: FAQs. *Psychological Inquiry*. Vol. 14 (2). Páginas: 159-163.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol. 20 (3). Páginas: 211-217.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*. Vol. 2. Páginas: 199-223.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR. Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax México.
- Tan, H. y Forgas, J. (2010). When happiness makes us selfish, but sadness makes us fair: Affective influences on interpersonal strategies in the dictator game. *Journal of Experimental Social Psychology*, Vol.46, Páginas: 571-576.
- Uriarte, J. (2010). La Resiliencia comunitaria en situaciones catastróficas y de emergencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Vol. 1. Páginas: 687-693.
- Van Emmerik, A., Kamphuis, J., Hulsbosch A. y Emmelkamp P. (2002): Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*. Vol. 360. Páginas: 766–771.

- Vázquez, C. (2013). La Psicología Positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 34 (2). Páginas: 91-115.
- Werner, E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*. Vol 5 (4). Páginas: 503-515.
- Wood, J. V., Heimpel, S. A. y Michela, J. L. (2003). Savoring versus dampening: Self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 85. Páginas: 566-580.
- Wood, J. V., Perunovic, W. Q. E., y Lee, J. W. (2009). Positive self-statements: Power for some, peril for others. *Psychological Science*, 20. Páginas: 860-866.