

ARTÍCULO ESPECIAL

La capacidad humana para seguir adelante frente a un posible trauma

George A. Bonanno, PhD, y Anthony D. Mancini, PhD

Durante décadas, los investigadores han documentado grados destacados de entereza o capacidad de recuperación en niños expuestos precozmente a entornos adversos, como la pobreza o los malos tratos crónicos. Sin embargo, apenas disponemos de investigaciones que hayan examinado la capacidad de recuperación de niños o adultos expuestos a acontecimientos aislados y potencialmente traumáticos (APT). La importancia histórica de la disfunción psicológica y fisiológica después de los APT ha sugerido que dichos acontecimientos casi siempre producen un daño emocional perdurable. No obstante, la investigación reciente ha demostrado invariablemente que, a través de los diferentes tipos de APT, incluidos el duelo, una enfermedad grave y los ataques terroristas, más del 50% de los individuos manifiestan una capacidad de recuperación. Además, la investigación ha identificado una variación individual sustancial en la respuesta a los APT, incluidas cuatro trayectorias prototípicas y derivadas empíricamente: disfunción crónica, restablecimiento, entereza/capacidad de recuperación/resistencia y reacciones retardadas. Los factores que favorecen la capacidad de recuperación o entereza son heterogéneos e incluyen una diversidad de variables centradas en el individuo (p. ej., carácter, personalidad y estrategias de afrontamiento del niño), variables demográficas (sexo masculino, edad avanzada y mayores niveles de educación), y factores socio-contextuales (p. ej., relaciones de apoyo y recursos comunitarios). Sorprendentemente, algunos de los factores que favorecen la capacidad de recuperación frente a un APT pueden representar una inadaptación en otros contextos, mientras que otros factores representan una adaptación en términos más generales. Dadas las pruebas crecientes de que la capacidad de recuperación o entereza es habitual, el tratamiento psicoterapéutico debe reservarse para los individuos que en realidad lo necesiten.

Department of Counseling and Clinical Psychology, Teachers College, Columbia University, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos.

Correspondencia: George A. Bonanno, PhD, Department of Counseling and Clinical Psychology, Teachers College, Columbia University, 525 W 120th St, Nueva York, NY 10027, Estados Unidos.

Correo electrónico: gab38@columbia.edu

Los acontecimientos terribles son una realidad. Por mucho que nos empeñemos en lo contrario, nuestros amigos íntimos y seres queridos mueren, nuestros cuerpos se ven afectados por las enfermedades, se producen catástrofes naturales y guerras, y en ocasiones los individuos hacen cosas horribles, porque sí, a otras personas. Los estudios epidemiológicos indican que la mayoría de los adultos experimentan, como mínimo, un acontecimiento potencialmente traumático durante el curso de su vida¹. Los niños no son una excepción y también están expuestos habitualmente a dichos acontecimientos². Quizá, debido a la forma en que estos acontecimientos nos dan pavor, en general, se ha llegado a dar por sentado que casi siempre provocan un daño emocional persistente.

Pero esto no suele ser verdad. En el presente artículo, usamos la expresión “potencialmente traumático” para destacar que existen diferencias individuales considerables e importantes en cómo los individuos responden a dichos acontecimientos³. Dicho en pocas palabras, los acontecimientos que provocan aversión y que típicamente se salen de lo normal en la experiencia cotidiana son “potencialmente” traumáticos porque no todo el mundo los experimenta como tales. La investigación sobre APT ha revelado sistemáticamente una amplia variedad de reacciones; a excepción de un subgrupo relativamente limitado de individuos que experimentan un sufrimiento extremo, la mayor parte afronta bien dichos acontecimientos^{3,4}. En el presente artículo, revisaremos brevemente los antecedentes históricos sobre los traumas psicológicos y, acto seguido, consideraremos los estudios empíricos recientes, efectuados sobre las diferencias individuales en la respuesta a los APT. Consideraremos los resultados más habituales o prototípicos que los individuos manifiestan, incluidas las reacciones crónicas y patológicas, pero también las reacciones relativamente saludables. Prestamos atención en particular a las pruebas crecientes de la capacidad humana para seguir adelante incluso después de los acontecimientos más difíciles y al concepto emergente de capacidad de recuperación o entereza psicológica. Por último, revisamos las pruebas disponibles sobre los factores que predicen qué individuos se restablecerán de un APT, sugerimos medios en los que estos datos pueden informar sobre el concepto de trauma más razonable desde un punto de vista empírico para la salud pública, y abordamos las implicaciones del estudio de la capacidad de recuperación o entereza para el tratamiento.

CONCEPTOS TRADICIONALES DE TRAUMA PSICOLÓGICO

Casi desde el principio de la psicología y la psiquiatría como disciplinas formales, los investigadores, teóricos y médicos han examinado los acontecimientos violentos o que representan una amenaza para la vida como antecedentes de una disfunción psicológica y fisiológica^{5,6}. Sin embargo, no fue hasta finales del siglo XX cuando emergió un consenso sobre la naturaleza de la disfunción relacionada con los traumas. En 1980, la formalización del trastorno de estrés postraumático (TEPT) como categoría diagnóstica legítima⁷ llenó un gran vacío en los conocimientos de salud pública. La categoría de TEPT también contribuyó a favorecer una oleada de nuevas investigaciones sobre el estrés traumático⁸.

Por desgracia, la importancia concedida casi exclusivamente al TEPT también tuvo una vertiente negativa. Dada la escasa atención dedicada a cualquier otro problema diferente de dicho trastorno, las reacciones a los APT se conceptualizaron en términos binarios de patología, cada vez más simplistas, comparado con la ausencia de aquélla. Con esta visión simplista, persistieron las controversias sobre la distinción, en ocasiones difícil, entre un trauma psicológico auténtico y la simulación de la enfermedad. Este problema pasa de castaño oscuro en el caso de los traumas de guerra. A lo largo del siglo XX, la guerra ha estado plagada de una tensión permanente acerca del momento y el lugar apropiados para un diagnóstico o un tratamiento^{6,9} y estos problemas han persistido en el siglo XXI. Por ejemplo, en un sondeo reciente se puso de relieve que muchos soldados que regresaban de combatir en Irak y en Afganistán deseaban tratamiento pero no lo solicitaban debido a los estigmas prevalecientes sobre la percepción de debilidad¹⁰.

Los estudios publicados sobre el duelo han evidenciado una confusión histórica similar entre la aflicción, el funcionamiento saludable y la negación. Al igual que en el caso de los traumas, la investigación sobre duelo ha tenido tendencia a destacar las reacciones de sufrimiento crónico al mismo tiempo que apenas ofrecía una comprensión sobre la posible capacidad de superación de la pérdida. En la década de los ochenta, un resumen de los conocimientos actuales sobre duelo documentaba que, en general, y en particular los clínicos, se asumía que “la ausencia de fenómenos de aflicción después del duelo representa alguna forma de patología de la personalidad”^{11, pág. 18}. Bowlby^{12, pág. 138} consideraba que la “ausencia prolongada de un sufrimiento consciente” era un tipo de trastorno del duelo. Un sondeo de 1993 entre expertos en duelo autoidentificado documentaba que la mayoría (65%) respaldaba las opiniones de que la “ausencia del sufrimiento” es una realidad y que habitualmente procede de la negación o la inhibición, siendo, en general, una inadaptación a largo plazo¹⁴.

HACIA UN MODELO DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES

Los estudios empíricos efectuados sobre la variación individual en la respuesta a los APT ofrecen un contraste marcado con la visión binaria del estrés traumático. Estos estudios revelan un número de patrones o trayectorias de desenlace exclusivos y variables. La mayor

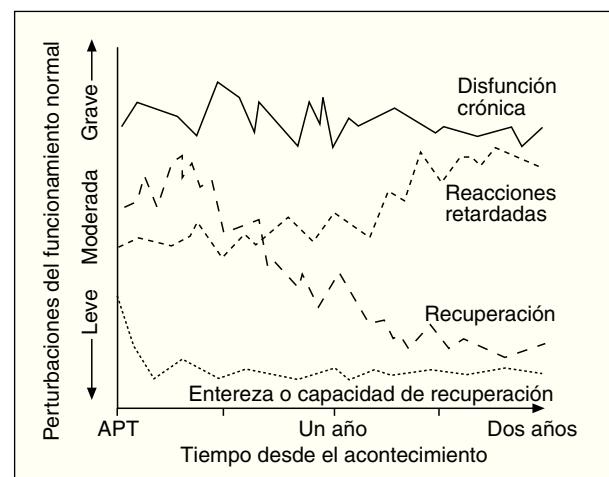


Fig. 1. Patrones de interferencia que con el tiempo influyen en los APT. Reproducido con permiso de Bonnano GA. Loss, trauma and human resilience. Am Psychol. 2004;59:20-28. APT: acontecimiento potencialmente traumático.

parte de la variabilidad puede reproducirse mediante cuatro trayectorias prototípicas: disfunción crónica, recuperación, entereza o capacidad de recuperación y reacciones retardadas⁴ (v. fig. 1). Más adelante, se explica con detalle cada trayectoria.

Disfunción crónica

A pesar de la naturaleza repulsiva de la mayoría de los APT, sólo un subgrupo relativamente reducido de individuos expuestos suele manifestar una psicopatología crónica. Aunque se ha destacado una variabilidad considerable en el tipo, gravedad y duración de los APT, en general, el TEPT se observa en un 5-10% de los individuos expuestos¹. Cuando la exposición es excepcionalmente prolongada o grave, la proporción de individuos que manifiestan un TEPT u otros tipos de psicopatología puede alcanzar mayores niveles, en ocasiones, de un tercio de la muestra. Por ejemplo, entre una muestra representativa de 2.752 neoyorkinos entrevistados en los meses siguientes al ataque terrorista del 11 de septiembre, se estimó que la prevalencia de TEPT era del 6%¹⁵. Sin embargo, entre los que sufrieron lesiones físicas en el ataque, la prevalencia de este trastorno era del 26%. En un nuevo análisis cuidadoso de los datos del National Vietnam Veterans Readjustment, una muestra representativa de 1.200 veteranos, se estimó que el TEPT crónico fue del 9%, pero ascendía al 28% entre los individuos con los mayores grados de exposición al combate¹⁶.

Los estudios de psicopatología durante el duelo sugieren proporciones similares. Característicamente, sólo alrededor del 10% de individuos que experimentan un proceso de duelo manifestarán reacciones de sufrimiento crónico desmesuradas¹⁷. Sin embargo, las reacciones crónicas de sufrimiento tienen tendencia a ser más prevalentes después de pérdidas más extremas, tal como cuando el acontecimiento relacionado con la muerte implica violencia^{18,19} o cuando se relaciona con la muerte de un niño²⁰.

Sorprendentemente, apenas se dispone de datos sobre trauma y reacciones de sufrimiento entre niños. Sin embargo, los datos obtenidos en este grupo de edad sugieren grados similares de sufrimiento complicado²¹ pero algo menos TEPT comparado con adultos². No obstante, tal como describiremos más adelante, es importante tener en cuenta que, en muchos sentidos, el problema de la adaptación es más complejo entre niños. Por ejemplo, los niños expuestos a acontecimientos que provocan aversión no manifiestan un TEPT o un sufrimiento complicado pero muestran una mayor exteriorización de los síntomas, consumo de sustancias, problemas académicos o conflictos con sus compañeros.

Reacciones retardadas

¿Y las reacciones retardadas? En los estudios publicados sobre duelo, una opinión muy difundida es que, en último término, la ausencia de signos fracos de sufrimiento se manifestará en forma de reacciones retardadas de sufrimiento^{11-13,22-25}. No obstante, a pesar de la firmeza de esta opinión, nunca se han documentado pruebas empíricas de un sufrimiento retardado^{26,27}, ni siquiera en estudios longitudinales diseñados explícitamente para determinar este fenómeno^{28,29}. Tras acontecimientos potencialmente traumáticos, se dispone de algunas pruebas de reacciones retardadas de tipo TEPT, que afectan a alrededor del 5-10% de individuos expuestos^{30,31}. Sin embargo, es decisivo destacar que este patrón no se corresponde con la idea tradicional de negación que se manifiesta en las reacciones retardadas. Más bien, cuando se observa un TEPT retardado, parece más exactamente una psicopatología por debajo del umbral que gradualmente empeora con el tiempo^{4,30,31}.

Entereza y recuperación

Hasta hace poco tiempo, era una opinión muy difundida que la ausencia persistente de psicopatología después de la exposición a un APT sólo se identificaba en individuos con una fuerza emocional excepcional³²⁻³⁴. Y, como se ha mencionado previamente, los teóricos del duelo han considerado persistentemente que la ausencia relativa de sufrimiento es una forma de psicopatología oculta¹⁴. No obstante, hoy día, disponemos de pruebas convincentes de que la verdadera entereza a los APT no es excepcional sino habitual y no es ningún signo de fuerza excepcional o de psicopatología sino, más bien, una característica fundamental de las habilidades de afrontamiento normales⁴. Además, los estudios han demostrado que la entereza y la recuperación pueden trazarse como trayectorias del desenlace diferenciadas y empíricamente separables. Las distinciones entre entereza y recuperación se han identificado después de una pérdida³⁵, una enfermedad importante³⁶, y posibles traumas³¹.

DESARROLLO DE UNA INTERPRETACIÓN DE LA ENTEREZA PSICOLÓGICA

Buena parte de las teorías originales sobre entereza proceden de los psicólogos y psiquiatras del desarrollo durante la década de los setenta. Estos investigadores pioneros documentaron el elevado número de niños que, a pesar de crecer en circunstancias socioeconómicas

muy difíciles (p. ej., pobreza), manifestaron trayectorias del desarrollo saludables³⁷⁻⁴⁰. Una característica sorprendente de esta investigación fue que, en niños con riesgo, se demostró que la entereza es habitual⁴¹. Mientras que los modelos del desarrollo tradicionales, centrados en el déficit, han supuesto que, en dichos contextos adversos, tan sólo podrían seguir adelante los niños con una notable habilidad de afrontamiento, estos estudios sugirieron que la entereza es consecuencia de los mecanismos normales de adaptación humana⁴¹. No obstante, como se ha mencionado previamente, casi toda esta investigación se centró en contextos repulsivos crónicamente, más que en APT aislados.

La interpretación de la entereza se ha “deslizado” lentamente en los estudios publicados sobre trauma^{4,42}. A medida que la idea ganó adeptos entre los investigadores sobre trauma, se hicieron evidentes las diferencias entre los resultados de la entereza en adultos y niños y entre los factores estresantes agudos y crónicos^{3,4}. Algunas de las diferencias clave parecen girar sobre las características temporales y socio-contextuales del estrés y la adaptación en los diferentes momentos de la vida. Para los niños en desarrollo, la definición de adaptación saludable es un problema complejo^{41,43}. Los niños con riesgo pueden evidenciar una capacidad en una esfera pero no satisfacen los retos del desarrollo a largo plazo en otras esferas⁴⁴. Posiblemente esta situación es más clara entre los adultos^{3,4}. La mayor parte, pero, sin duda, no todos los APT a los que pueden enfrentarse los adultos pueden clasificarse como acontecimientos estresantes aislados (p. ej., accidente de tráfico) que tienen lugar en un contexto más amplio de circunstancias, por lo demás normativas (es decir, de bajo estrés). El APT puede darse con factores estresantes concomitantes que lo acompañan o lo prolongan (p. ej., un cambio de la situación económica), pero este grado de variabilidad suele estar claro y puede determinarse con fiabilidad^{16,45}. Y, puesto que las consideraciones del desarrollo son menos pronunciadas en adultos, habitualmente las respuestas a los APT se evalúan en función de la desviación del funcionamiento normativo (basal) o de su reanudación⁴⁶.

Partiendo de estas consideraciones, Bonanno⁴ propuso que la *enteresa frente a un posible trauma* se definiría como la “capacidad de los adultos, en circunstancias por lo demás normales, que se exponen a un acontecimiento aislado y potencialmente perturbador, como la muerte de un ser querido o una situación violenta o que amenaza su vida, de mantener unos grados de funcionamiento psicológico y físico saludable, relativamente estable... al igual que la capacidad de generar experiencias y emociones positivas” (págs. 20-21). En este artículo, proponemos que se extienda esta definición para abarcar a los niños expuestos a APT aislados, aunque con la salvedad de que, característicamente, en los niños, las pruebas de entereza requieren una supervisión más cuidadosa y elaborada a través de múltiples esferas (p. ej., relaciones con los compañeros, rendimiento en la escuela, etc.). Con independencia de que se aplique a niños o a adultos, esta definición contrasta la entereza con la vía tradicional de *recuperación de un trauma* caracterizada por aumentos observables con facilidad de problemas psicológicos que perduran durante, como mínimo, varios meses o más antes de una reanudación gradual de los niveles basales, previos al trauma.

Un aspecto clave es que incluso los individuos que muestran entereza pueden experimentar, como mínimo, alguna forma de reacción de estrés transitoria. No obstante, estas reacciones son de grado leve o moderado, de duración relativamente breve, y no interfieren sustancialmente con su capacidad para continuar funcionando^{35,45,47,48}. Esto no significa que los individuos que muestran entereza no estén preocupados, alterados o no se muestren desdichados en relación con el incidente. Lo que tratamos de decir es simplemente que, por indecible que pueda ser un APT, muchos individuos lo afrontan sumamente bien y son capaces de seguir cumpliendo con las exigencias diarias, normales, de su vida.

Las primeras observaciones de la entereza como respuesta a APT aislados proceden de estudios retrospectivos y no sistemáticos^{42,49}. Más recientemente, una serie de estudios han demostrado una entereza difundida entre individuos enfrentados a la muerte prematura del cónyuge o un hijo^{35,45}. A través de los estudios, invariablemente se observó entereza en casi la mitad de participantes en duelo. Además, la trayectoria de la entereza se validó utilizando diferentes variables de ajuste, incluidos grados reducidos de síntomas psicopatológicos, valoraciones de ajuste positivo obtenidas de amigos íntimos y variables de experiencias emocionales positivas.

Estudios recientes han demostrado una entereza difundida entre los supervivientes del ataque terrorista del 11 de septiembre en Nueva York. Entre una muestra de individuos que se encontraban en las Torres Gemelas o cerca de ellas en el momento del ataque³¹, los individuos que manifestaron entereza apenas presentaron síntomas de TEPT o depresión o no los experimentaron. También mostraron niveles elevados de ajuste a través de una serie de esferas diferentes de funcionamiento (p. ej., salud mental, salud física, logro de objetivos) partiendo de valoraciones anónimas obtenidas de amigos íntimos y familiares. En otro estudio¹⁶ más global se examinó la prevalencia de entereza usando los datos de una extensa muestra de probabilidad ($n = 2.752$) emparejada con mayor exactitud con los datos más recientes del censo de Nueva York. Los individuos con entereza presentaron uno o ningún síntoma de TEPT, no experimentaban depresión y su consumo de sustancias era reducido. Coinciendo con los estudios previos, la proporción con entereza fue del 50% o mayor a través de los grupos más expuestos y a través de la mayor parte de aspectos de variación geográfica. Y, lo que es más importante, incluso entre los grupos con los grados más perjudiciales de exposición y la mayor probabilidad de TEPT, la proporción con entereza nunca disminuyó por debajo de un tercio de la muestra.

Hallazgos similares han empezado aemerger tras factores estresantes graves relacionados con la salud. Entre una amplia muestra de supervivientes hospitalizados por la epidemia de 2003 de síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) en Hong Kong, el 28% manifestó grados reducidos crónicamente de funcionamiento psicológico a través de un período de 18 meses pero el 35% presentó invariablemente grados elevados de funcionamiento psicológico a lo largo del mismo período⁵⁰. Deshields et al³⁶ trazaron las mismas trayectorias de desenlaces representadas en la figura 1 utilizando las puntuaciones de depresión obtenidas de mujeres inmediatamente después de recibir radioterapia para un cáncer de mama y, de nuevo, 3 y 6 meses después. A pesar de que el 21% de

la muestra manifestó grados clínicamente significativos de depresión a los 6 meses, en la mayoría (61%) fueron sumamente reducidos durante todo el estudio.

UNA SELECCIÓN HETEROGÉNEA DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

Acto seguido, abordaremos las cuestiones de por qué algunas personas tienen más o menos probabilidades de manifestar entereza después de un APT específico. La investigación pionera inicial en niños sugirió la existencia de múltiples factores protectores que podrían amortiguar la adversidad, incluidas variables centradas en el individuo (p. ej., carácter) y factores socio-contextuales^{39,51,52} (p. ej., relaciones de apoyo y recursos comunitarios). Entre adultos expuestos a APT aislados, la investigación sobre entereza sugiere una conclusión similar^{3,53}. Un aspecto particularmente fascinante de esto es que la entereza no es consecuencia de ningún factor predominante. Más bien, parecen estar presentes múltiples factores de riesgo y protectores, independientes, cada uno de los cuales contribuye o se resta de la probabilidad global de un desenlace de entereza. Considérese, por ejemplo, la idea falsa persistente de que la entereza depende casi exclusivamente de las cualidades del individuo. Sin ninguna duda, la personalidad desempeña un papel en la entereza a los traumas. Sin embargo, como Mischel⁵⁴ ha observado divinamente, la personalidad rara vez explica más del 10% de la varianza real en la conducta de los individuos a través de las situaciones. Por esta razón, es más apropiado considerar la personalidad como uno de los diversos posibles contribuidores a un desenlace de entereza.

Adaptación flexible y afrontamiento pragmático

Recientemente, propusimos una agrupación básica de factores centrados en el individuo en dos categorías: afrontamiento pragmático y adaptación flexible^{3,55}. Puesto que el TEPT suele acontecer fuera de los límites de la experiencia humana normal, con frecuencia, entraña demandas de afrontamiento exclusivas y muy específicas. El cumplimiento satisfactorio de estas demandas requiere una estrategia muy pragmática o de “cueste lo que cueste” que es resuelta y dirigida al objetivo. En ocasiones, el afrontamiento pragmático incluye conductas que, en circunstancias normales, pueden ser menos eficaces o incluso inadaptadas. También hemos hecho referencia a este tipo de afrontamiento como “afrontamiento feo”³ para destacar la idea de que el afrontamiento no necesariamente implica la idea de belleza; tan sólo ha de conseguir hacerlo.

El afrontamiento pragmático también puede observarse como consecuencia de características relativamente rígidas de la personalidad. Por ejemplo, la interpretación del realce personal como rasgo describe a los individuos que son narcisistas y habitualmente usan inclinaciones interesadas. Los individuos con un rasgo de realce personal tienen tendencia a evocar las reacciones negativas en otras personas. Sin embargo, también tienen una elevada autoestima y afrontan bien los APT, como la guerra⁵⁶ y un ataque terrorista³¹. Otro grupo de individuos, conocido como afrontadores represivos, tiene tendencia a evitar las experiencias emocionales desagradables. Aunque se dispone de pruebas que relacionan el afrontamiento represi-

vo con déficit de salud, también se ha revelado que afrontan muy bien los TEPT^{57,58}. La confluencia de los costes y beneficios asociados con estos tipos de personalidad sugiere que podrían tener “sus pros y sus contras”⁵⁹.

El concepto de *flexibilidad de la adaptación* sugiere una dimensión de la personalidad más genuinamente saludable. Un aspecto básico de la flexibilidad es la capacidad de modelar y modificar la conducta para satisfacer las demandas de un acontecimiento estresante dado. Esta capacidad de flexibilidad se ha observado muy precozmente en el desarrollo, aunque puede cambiar con el tiempo como consecuencia de la interacción dinámica de la personalidad y las interacciones sociales con las figuras de apego clave⁶⁰. Por lo tanto, por así decirlo, la flexibilidad es un recurso de la personalidad que contribuye a reforzar la entereza a los acontecimientos repulsivos, caso de los malos tratos infantiles⁶¹, pero las experiencias del desarrollo también pueden intensificarla o reducirla⁶². La investigación reciente también sugiere que, en último término, la flexibilidad se estabiliza y puede reforzar eficazmente la entereza ante un APT^{63,64}.

Exposición

Como se ha descrito previamente, se ha demostrado que el tipo, duración e intensidad de la exposición durante un APT influyen en la prevalencia de una adaptación saludable variando la entereza desde el 33% al 50% a través de las categorías de exposición^{3,16}.

Variables demográficas

En la simple variación demográfica, se identifica una serie más prosaica de factores pronósticos. La entereza a los traumas se ha asociado con el sexo masculino, la edad avanzada y mayores grados de educación^{50,65}. Aunque apenas disponemos de investigación sobre la raza/etnicidad como variable pronóstica de entereza, pruebas recientes indican que la etnia china tuvo mayores probabilidades de manifestar entereza después del ataque terrorista del 11 de septiembre⁶⁵.

Recursos personales y sociales

Numerosos teóricos han definido un papel decisivo de los recursos sociales y personales en el afrontamiento del estrés^{53,66,67}. También hay una considerable investigación relacionando los recursos y sus cambios en la adaptación tras un APT⁶⁸⁻⁷¹. La investigación reciente sobre entereza a los traumas ha destacado la particular importancia de mantener un empleo a tiempo completo y de los recursos sociales^{50,65} (p. ej., apoyo social).

También se ha observado ampliamente la capacidad cognitiva como recurso protector frente al TEPT tanto en niños⁷² como en adultos⁷³. Aunque todavía no disponemos de datos que relacionen los recursos cognitivos con la entereza frente a los traumas, sospechamos que es muy probable una relación.

Estrés adicional de la vida

Se dispone de abundantes pruebas que relacionan el TEPT con un mayor estrés vital antes y después de un acontecimiento traumático marcador^{73,74}. La entereza a

los traumas se ha asociado con la ausencia relativa de estrés vital actual y previo⁶⁵. Sin embargo, un importante clasificador de estos hallazgos es el resultado de los factores estresantes vitales previos. La investigación prospectiva sugiere que sólo los factores estresantes previos que dan lugar a un TEPT tienen tendencia a predecir otro en una exposición ulterior⁷⁵. También parece probable que la entereza a los factores estresantes previos pronostique la posterior.

IMPLICACIONES PARA UNA INTERVENCIÓN

Los estudios publicados que van apareciendo sobre entereza o capacidad de recuperación tienen importantes implicaciones en cómo los médicos, profesionales de salud mental, y otras personas allegadas responden a los individuos expuestos a un APT. A pesar de la presunción cultural en muchos sentidos profundamente arraigada de que una intervención psicoterapéutica para los APT es invariabilmente beneficiosa, el estudio sobre la entereza sugiere que esta presunción es errónea y que incluso podría ser perjudicial. Para muchos individuos, los procesos de recuperación intrínseca restablecerán el equilibrio relativamente pronto después del acontecimiento. Las intervenciones inmediatas, caso de un informe del estrés incidente decisivo, dirigidas de manera indiscriminada a los individuos inmediatamente después de la exposición al APT, no sólo son ineficaces sino que también pueden exacerbar las reacciones al trauma interfiriendo con los procesos naturales de recuperación⁷⁶. Además, aunque una intervención desarrollada recientemente demostró ser prometedora para tratar las formas crónicas de sufrimiento⁷⁷, los modelos tradicionales de consejo sobre sufrimiento, que lo han definido como una “actividad”, también se caracterizan por unos antecedentes poco satisfactorios, obteniendo ligeros beneficios para algunos individuos pero exponiendo a otros a un riesgo sustancial de deterioro⁷⁸.

Aunque los individuos que experimentan una psicopatología relacionada con un trauma se benefician claramente de una psicoterapia validada empíricamente, el estudio de la entereza deja claro que dichos individuos sólo son una minoría; la inmensa mayoría no son candidatos apropiados para una intervención. Por esta razón, antes de una derivación, la tarea esencial es quizás una evaluación y, por extensión, un diagnóstico apropiados, como haríamos en el tratamiento de una enfermedad. De hecho, sólo debe derivarse para un tratamiento a los individuos que manifiestan una disfunción auténtica frente a un APT, según lo definido por los síntomas recurrentes y la interferencia con sus papeles y obligaciones sociales. A pesar de que, hoy día, está fuera de toda duda la eficacia general de una intervención psicoterapéutica, esto no impide la posibilidad de efectos iatrogénicos, atestiguados en los tratamientos tradicionales del sufrimiento y las intervenciones precoces indiscriminadas después de un APT. Esta actitud prudente tan sólo pretende destacar la importancia de considerar las respuestas de entereza a los APT como una aptitud humana básica, que no es ni excepcional ni extraordinaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-60.

2. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):577-84.
3. Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005;14(3):135-8.
4. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59(1):20-8.
5. Ellnerger HF. The discovery of the unconscious: history and evolution of dynamic psychiatry. Nueva York, NY: Basic Books; 1970.
6. Lamprecht F, Sack M. Posttraumatic stress disorder revisited. *Psychosom Med*. 2002;64(2):222-37.
7. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3.^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
8. McNally RJ. Progress and controversy in the study of post-traumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2003;54:229-52.
9. Shepard B. A war of nerves: soldiers and psychiatrists in the twentieth century. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2001.
10. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004; 351(1):13-22.
11. Osterweis M, Solomon F, Green F. Bereavement: reactions, consequences, and care. Washington, DC: National Academy Press; 1984.
12. Bowlby J. Loss: sadness and depression. Vol 3: Attachment and loss. Nueva York, NY: Basic Books; 1980.
13. Rando TA. Treatment of complicated mourning. Champaign, IL: Research Press; 1993.
14. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [revisión del texto]. 4.^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
15. Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychol Sci*. 2006;17(3):181-6.
16. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall RD. The psychological risks of Vietnam for US veterans: a revisit with new data and methods. *Science*. 2006;313(5789):979-82.
17. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(5):705-34.
18. Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):131-47.
19. Zisook S, Chentsova-Dutton Y, Shuchter SR. PTSD following bereavement. *Ann Clin Psychiatry*. 1998;10(4):157-63.
20. Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Zhang N, Noll JG. Grief processing and deliberate grief avoidance: a prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(1):86-98.
21. Christ GH. Healing children's grief: Surviving a parent's death from cancer. Nueva York, NY: Oxford University Press; 2000.
22. Middleton W, Moylan A, Raphael B, Burnett P, Martinek N. An international perspective on bereavement related concepts. *Aust N Z J Psychiatry*. 1993;27(3):457-63.
23. Deutsch H. Absence of grief. *Psychoanal Q*. 1937;6:12-22.
24. Parkes CM, Weiss RS. Recovery from bereavement. Nueva York, NY: Basic Books; 1980.
25. Sanders CM. Risk factors in bereavement outcome. En: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, editores. Handbook of bereavement theory, research, and intervention. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press; 1993. p. 255-67.
26. Bonanno GA, Kaltman S. Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychol Bull*. 1999;125(6):760-76.
27. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(3):349-57.
28. Bonanno GA, Field NP. Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *Am Behav Sci*. 2001;44(5):798-816.
29. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. The bereavement response: a cluster analysis. *Br J Psychiatry*. 1996; 169(2):167-71.
30. Buckley TC, Blanchard EB, Hickling EJ. A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. 1996;105(4):617-25.
31. Bonanno GA, Rennicke C, Dekel S. Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: resilience or social maladjustment? *J Pers Soc Psychol*. 2005;88(6):984-98.
32. Tucker P, Pfefferbaum B, Doughty DE, Jones DE, Jordan FB, Nixon SJ. Body handlers after terrorism in Oklahoma City: predictors of posttraumatic stress and other symptoms. *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(4):469-75.
33. McFarlane AC, Yehuda R. Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. En: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editores. Traumatic stress. Nueva York, NY: Guilford; 1996. p. 155-81.
34. Casella L, Motta RW. Comparison of characteristics of Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Psychol Rep*. 1990;67(2):595-605.
35. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83(5): 1150-64.
36. Deshields T, Tibbs T, Fan MY, Taylor M. Differences in patterns of depression after treatment for breast cancer. *Psychooncology*. 2006;15(5):398-406.
37. Rutter M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: Kent MW, Rolf JE, editores. Primary prevention of psychopathology: Social competence in children. Vol 3. Hanover, NH: University Press of New England; 1979. p. 49-74.
38. Garnezy N. Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *Am Behav Sci*. 1991;34(4):416-30.
39. Werner EE. Resilience in development. *Curr Dir Psychol Sci*. 1995;4(3):81-5.
40. Murphy LB, Moriarty AE. Vulnerability, coping, and growth. New Haven, CT: Yale University Press; 1976.
41. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;56(3):227-38.
42. Rachman SJ. Fear and courage. Nueva York, NY: Freeman; 1978.
43. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71(3):543-62.
44. Luthar SS, Doernberger CH, Zigler E. Resilience is not a unidimensional construct: insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Dev Psychopathol*. 1993;5(4): 703-17.
45. Bonanno GA, Moskowitz JT, Papa A, Folkman S. Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *J Pers Soc Psychol*. 2005;88(5):827-43.
46. Carver CS. Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *J Soc Issues*. 1998;54(2):245-66.
47. Bisconti TL, Bergeman CS, Boker SM. Social support as a predictor of variability: an examination of the adjustment trajectories of recent widows. *Psychol Aging*. 2006;21(3): 590-9.
48. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol*. 2006;91(4): 730-49.
49. Janis IL. Air war and emotional stress. Nueva York, NY: McGraw Hill; 1951.
50. Bonanno GA, Ho SMY, Chan JCK, et al. Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: a latent class approach. *Health Psychol*. En prensa.
51. Cowen EL. In pursuit of wellness. *Am Psychol*. 1991; 46(4):404-8.
52. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *J Fam Ther*. 1999;(2):119-44.
53. Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Rev Gen Psychol*. 2002;6(4):307-24.

54. Mischel W. Continuity and change in personality. *Am Psychol.* 1969;24(11):1012-8.
55. Mancini AD, Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. *J Clin Psychol.* 2006;62(8):971-85.
56. Bonanno GA, Field NP, Kovacevic A, Kaltman S. Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Pers Soc Psychol Bull.* 2002;28(2):184-96.
57. Coifman KG, Bonanno GA, Ray RD, Gross JJ. Does repressive coping promote resilience? Affective-autonomic response discrepancy during bereavement. *J Pers Soc Psychol.* 2007;92(4):745-58.
58. Bonanno GA, Keltner D, Holen A, Horowitz MJ. When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: verbalautonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(5):975-89.
59. Paulhus DL. Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: a mixed blessing? *J Pers Soc Psychol.* 1998;74(5):1197-208.
60. Block J, Block JH. Venturing a 30-year longitudinal study. *Am Psychol.* 2006;61(4):315-27.
61. Flores E, Cicchetti D, Rogosch FA. Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Dev Psychol.* 2005;41(2):338-51.
62. Shonk SM, Cicchetti D. Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Dev Psychol.* 2001;37(1):3-17.
63. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(2):365-76.
64. Bonanno GA, Papa A, Lalonde K, Westphal M, Coifman K. The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychol Sci.* 2004;15(7):482-7.
65. Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(5):671-82.
66. Murrell SA, Norris FH. Resources, life events, and changes in psychological states: a prospective framework. *Am J Community Psychol.* 1983;11(5):473-91.
67. Holahan CJ, Moos RH. Life stressors, personal and social resources, and depression: a 4-year structural model. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(1):31-8.
68. Freedy JR, Shaw DL, Jarrell MP, Masters CR. Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: an application of the conservation resources stress model. *J Trauma Stress.* 1992;5(3):441-54.
69. Ironson G, Wynings C, Schneiderman N, et al. Posttraumatic stress symptoms, intrusive thoughts, loss, and immune function after Hurricane Andrew. *Psychosom Med.* 1997;59(2):128-41.
70. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *J Pers Soc Psychol.* 1996;71(3):498-511.
71. Kaniasty K, Norris FH. A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *J Pers Soc Psychol.* 1993;64(3):395-408.
72. Breslau N, Lucia VC, Alvarado GF. Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(11):1238-45.
73. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66.
74. Kubiaik SP. Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantaged social location. *Am J Orthopsychiatry.* 2005;75(4):451-65.
75. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry.* 2002;47(10):923-9.
76. Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, Adler AB. Early intervention for trauma: current status and future directions. *Clin Psychol Sci Pract.* 2002;9(2):112-34.
77. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(21):2601-8.
78. Neimeyer RA. Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Stud.* 2000;24(6):541-58.