



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**Crecimiento Postraumático en víctimas de terrorismo:
una revisión de la literatura**

Autor/a: Balbás García-Salmones, Beatriz

Director/a: Rodríguez Rey, Rocío

Madrid

2021/2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Terrorismo y el daño psicológico que causa	3
1.2. Definición de crecimiento postraumático	7
1.3. Objetivos	10
2. MÉTODO.....	10
3. DESARROLLO	12
3.1. Niveles de crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo	12
3.2. Dimensiones de crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo.....	12
3.3. Variables facilitadoras del crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo.....	15
3.4. Influencia de las variables socioeconómicas, de género y personalidad en el crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo	19
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	20
5. BIBLIOGRAFÍA	24

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Terrorismo y el daño psicológico que causa

El terrorismo, grave fenómeno mundial del que numerosas personas son víctimas cada año, no tiene todavía una definición consensuada. Según la Real Academia Española (2021), terrorismo significa “la dominación por el terror” (definición 1), “la sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror” (definición 2) o “la actuación criminal de bandas organizadas que reiteradamente, y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos” (definición 3). También podemos encontrar otras formulaciones interesantes como la que plantean Arcos y Castro: “utilización sistemática de la violencia, amenaza de violencia o terror, contra individuos, grupos o gobiernos para conseguir un objetivo político” (2007, p. 13.). Con estas definiciones podemos concluir que los atentados terroristas son hechos violentos intencionados de carácter impredecible, repentino y, muchas veces, indiscriminado, que causan una grave ruptura de la continuidad de la vida de quienes los padecen (Duque et al., 2007); y generan graves alteraciones políticas, económicas, sociales y sanitarias (Álvarez, 2015). El objetivo del grupo terrorista es extender miedo e incertidumbre en la sociedad, y, a través de la violencia, intentará que se den las condiciones necesarias para que sus propósitos (generalmente de carácter político, religioso y/o económico) se cumplan (Colorado, 2007). Existen dos tipos de terrorismo: “*viejo terrorismo*”, que tiene como objetivo la adquisición de poder político y ejerce la violencia en un grupo concreto (un ejemplo sería la organización terrorista Euskadi Ta Askatasuna -ETA-); y “*nuevo terrorismo*”, que para lograr su objetivo emplea la violencia de manera arbitraria (Spencer, 2006). El primer tipo de terrorismo también puede ser denominado “*focused terrorism*”, ya que sus víctimas pertenecen a un colectivo específico; y el segundo “*indiscriminate terrorism*”, puesto que sus víctimas no están vinculadas a sus objetivos de manera directa (Pereda, 2001). Hay que tener en cuenta que quienes sufren el terrorismo no son sólo las víctimas directas de los atentados, sino que también lo es el resto de la población civil, y que, de hecho, aterrorizar a esta les va servir de mayor publicidad que las mismas muertes que hayan causado con sus crímenes; por eso decimos que su objetivo será propagar el miedo al máximo número de personas posible, lleguen a ser víctimas directas de su violencia o no (Estella, 2016). De esta manera, los atentados terroristas van a ser vividos como sucesos traumáticos por las víctimas que los sufren tanto de forma directa (vivencian físicamente el atentado) como indirecta (están

relacionadas de forma cercana con el incidente: personal sanitario y de emergencias, familiares de víctimas directas, habitantes de la ciudad -a veces incluso del país- en la que ha tenido lugar el suceso...); y van a causar graves daños físicos -en los afectados directamente- y/o psicológicos -en los afectados directa e indirectamente- (García-Vera y Sanz, 2016).

La violencia terrorista, según Baum y Dougall (2002), Curran (1988) y Torabi y Seo (2004), va a diferenciarse de otros tipos de crímenes por las siguientes características: el daño que ejerce es intencionado y provocado por otro ser humano, muchas de las veces se genera de forma aleatoria (es decir, no tiene víctimas específicas), y provoca una elevada incertidumbre (la amenaza terrorista puede prolongarse en el tiempo, aunque no llegue a tener lugar ningún atentado).

La interpretación de un suceso traumático es enteramente personal y subjetiva, de modo que la respuesta que el individuo puede dar ante él es variable (es decir, puede cambiar a lo largo del tiempo, no es estática), y será diferente de las posibles repuestas de otros sujetos, aun siendo víctimas del mismo acontecimiento. A pesar de ello, en un intento de clasificarlas, podemos decir que existen cinco tipos de respuestas: trastorno -tiene que ver con el desarrollo de patologías tras la vivencia del trauma-, trastorno retardado -significa la aparición de una patología tiempo después de que haya tenido lugar el trauma-, recuperación natural -los síntomas postraumáticos desarrollados en un inicio desaparecen pasado un tiempo-, resiliencia -capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo ante situaciones adversas- y crecimiento postraumático -oportunidad de crecer a raíz de una experiencia traumática- (Vera et al., 2006). Con el fin de comprender cuál es el daño psicológico que un ataque terrorista puede provocar en sus víctimas directas, en este apartado del trabajo vamos a centrarnos en explicar las repuestas de trastorno y recuperación natural. No obstante, es posible que las víctimas indirectas también vivencien el episodio terrorista como un trauma, por lo que serán tenidas en cuenta cuando se hable de los trastornos más frecuentes y su pronóstico entre los afectados.

Las víctimas directas, tras el atentado, al haber visto amenazada su vida y/o haber sufrido un daño físico grave, pierden su sentimiento de seguridad, y muchas veces llegan a tener los siguientes sesgos: creen que el mundo es malo, que carece de sentido, que ellos mismos no tienen dignidad, y que las personas no son honradas (Echeburúa et al., 2004). Aunque la gravedad de los incidentes terroristas hace que tendamos a pensar que es muy

difícil no desarrollar una patología tras vivenciarlos, la realidad es muy distinta: la mayor parte de los afectados se recupera del trauma sin sufrir trastornos psicológicos (García-Vera y Sanz, 2016). Distintas revisiones (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera, et al., 2016; Gutiérrez, 2015) señalan que el 60-80% de las víctimas directas de incidentes terroristas (es decir, aquellas con más probabilidades de sufrir una patología) no desarrollarán Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). No obstante, hay que tener en cuenta que la ausencia o aparición (y, en su caso, evolución) de una patología va a estar influenciada por el contexto del que se rodee la víctima -apoyo social, atención psicológica recibida, etc.- (García-Vera y Sanz, 2016).

Los autores Echeburúa et al. (2002) plantean que, comúnmente, el daño psicológico (entendido como el desbordamiento de las capacidades de afrontamiento de un individuo) que sufren las víctimas de terrorismo pasa por tres fases. Primera fase: la persona todavía no ha tomado conciencia del trauma que ha sufrido, se encuentra en estado de “shock”, por lo que tiende a experimentar sentimientos de incredulidad y embotamiento. Segunda fase: la víctima comienza a hacerse consciente del acto terrorista experimentando sentimientos de miedo, pánico, dolor, culpa, ira... que suelen alternarse con estados de abatimiento. Tercera fase: la integración psíquica del trauma va teniendo lugar, pero las víctimas tienden a reexperimentar el episodio traumático de forma espontánea o por la aparición de un estímulo que tengan asociado al mismo.

Aunque la mayoría de las víctimas no desarrollan trastornos psicológicos, un porcentaje significativo sí que lo hará y, además, su prevalencia superará la de la población general. Los trastornos más frecuentes entre los afectados son: TEPT, trastorno de depresión mayor -TDM; tiende a parecer cuando la víctima ha sufrido una pérdida significativa-, trastornos de ansiedad -sobre todo de ansiedad generalizada y angustia-agorafobia que promoverán el desarrollo de conductas extremas de miedo y evitación de aquellos lugares y situaciones relacionados con el trauma- y trastornos por abuso o dependencia de sustancias -como método de inhibición del recuerdo traumático- (García-Vera y Sanz, 2016). Por ejemplo, la prevalencia del TEPT en víctimas directas de terrorismo tiende a ser del 18-40%, del 17-29% en familiares de fallecidos y heridos, del 3-11% en habitantes de la zona o ciudad afectada, y del 5-12% entre los trabajadores de emergencias, rescate y recuperación. Es decir, muy superiores a la prevalencia del TEPT en la población general de España -0,5-, Estados Unidos -3,5%- y Europa -0,9%- (García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016; Gutiérrez, 2015).

También van a ser frecuentes reacciones de ira y agresividad; estas son normales e incluso lógicas (la incompreensión sobre por qué se ha cometido un delito de esta gravedad genera una profunda frustración), pero pueden llegar a obstaculizar el proceso terapéutico si llegan a límites excesivos (García y Collado, 2007). El primer trastorno (TEPT) suele ser el más común (y estudiado) entre las víctimas, y aparece cuando una persona ve amenazada o agredida su vida y experimenta una fuerte emoción de miedo, horror y/o indefensión, como les ocurre a los afectados de atentados terroristas. El alcance y gravedad de los sucesos traumáticos de esta índole facilita que comprendamos por qué los afectados sufren los síntomas de este trastorno: reexperimentación del trauma -en forma de pesadillas, imágenes y/o recuerdos constantes e involuntarios-, evitación de los sitios relacionados con el trauma, bloqueo emocional, y respuestas de hiperactivación -problemas para dormir, falta de concentración, irritabilidad...- (García y Collado, 2007).

El pronóstico de los trastornos mencionados tiende a ser bueno en los residentes de las ciudades afectadas y el personal de rescate y emergencia, pero no tanto en las víctimas directas del trauma y familiares de estas (García-Vera y Sanz, 2016). Estudios longitudinales tras los atentados del 11-M en Madrid (García-Vera y Sanz, 2010), mostraron que tras 6-9 meses del suceso había disminuido la frecuencia del TDM entre los residentes de la ciudad (del 8% al 2,5%) y trabajadores de los servicios de emergencias y asistencia (del 2% al 0%), pero no tan significativamente entre los familiares de las víctimas directas (del 31,2% al 15,2%), y aún menos entre las víctimas con lesiones físicas (del 28,6% al 22,7%).

Como se ha comentado anteriormente, no todas las víctimas de atentados terroristas van a desarrollar una patología, sino que cada una dará una respuesta única y personal, como resultado de la valoración subjetiva que el individuo haga del suceso traumático y la influencia que reciba de variables ambientales e individuales -las cuales podrán funcionar como amortiguadoras o amplificadoras del trauma- (Baca et al., 2004).

Además, hay que tener en cuenta que el terrorismo genera daños a nivel individual, pero también colectivo, y en este sentido la cultura, estructura y fortaleza del grupo afectado van a jugar un papel muy importante. El terrorismo hace que los pilares de una cultura se tabaleen y provoca una alteración de la estructura social (y política y/o económica, según los intereses del grupo terrorista), de manera que, si esta funciona, suavizará las consecuencias del trauma y favorecerá la recuperación del colectivo (Colorado, 2007).

Finalmente, el impacto del terrorismo no va a ser el mismo en todos los contextos, dependiendo de cuál sea la frecuencia de los atentados o amenaza de ellos, es posible que se dé un proceso de normalización de la violencia. Como mostraron Pérez-Sales et al. (2009), los atentados del 11-M y 11-S (que podríamos definir como puntuales) causaron una considerable fisura de los sentimientos de seguridad y cierta invulnerabilidad en la población española y estadounidense; sin embargo, en el País Vasco hallaron (a raíz de investigaciones sobre el impacto que tuvo el grupo ETA) que se produjo cierta habituación a la violencia terrorista: mientras que la población de Euskadi consideraba que el paro era el problema más importante en España (seguido del terrorismo), la población de fuera de Euskadi pensaba que el problema principal del país era el terrorismo (Pérez-Sales et al., 2009). Resultados similares fueron encontrados en investigaciones sobre el terrorismo en Irlanda del Norte, ya que se vio que la sintomatología psiquiátrica relacionada con la vivencia de atentados no fue significativa en la población (Cairns y Wilson, 1998).

1.2. Definición de crecimiento postraumático

Como se ha comentado en el apartado anterior, vivir un acontecimiento traumático puede causar graves daños físicos y/o psicológicos en las víctimas que los sufren tanto de forma directa como indirecta. La psicología convencional del trauma ha tendido a centrarse en investigar cuáles son dichas consecuencias negativas que experimentan las víctimas, dejando de lado los posibles efectos positivos que la experiencia traumática también puede generar (Vera et al., 2006). Como resultado, se tiende a pensar que la patología es la única respuesta posible al trauma (Bonanno, 2004).

Los autores Calhoun y Tedeschi (1995) abrieron una nueva línea de investigación centrada en lo contrario (identificar cuáles eran los cambios positivos que llevaban a cabo víctimas de situaciones traumáticas) mediante la definición de un nuevo concepto: crecimiento postraumático -CPT-. Refieren que es el cambio psicológico positivo que experimenta un individuo tras haber vivenciado un acontecimiento traumático. Si este fenómeno tiene lugar, la víctima, en vez de hundirse en el dolor y el daño recibido, lleva a cabo un cambio cualitativo en su forma de funcionar que le va a permitir adaptarse positivamente a su nueva situación (Zoellner y Maercker, 2006). Por tanto, la verdadera razón del crecimiento va a residir en el trabajo que lleve a cabo el individuo para cambiar su perspectiva de vida; el suceso traumático tan sólo será el desencadenante de este

proceso (Tedeschi y Calhoun, 2004). Los autores Calhoun y Tedeschi (1996), tras una extensa revisión de la literatura, indicaron que el cambio positivo puede darse en tres categorías: la autopercepción, las relaciones interpersonales, y la espiritualidad y forma de ver la vida. Para evaluarlo, dichos autores crearon el Inventario de Crecimiento Postraumático (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI), cuestionario a través del cual organizaron el CPT en cinco dimensiones: (1) relación con los otros, definida como el desarrollo de una conducta prosocial y fortalecimiento de las relaciones interpersonales; (2) nuevas posibilidades, que refiere a la obtención de nuevos intereses y desarrollo de nuevas oportunidades; (3) fortaleza personal, es decir, que el individuo vea reforzadas sus habilidades de afrontamiento y se perciba más capaz para combatir nuevas adversidades (4) cambio espiritual, que puede ser o no de carácter religioso; y (5) apreciación de la vida, que se traduce en una reorganización de los valores y prioridades en la vida y aumento del valor que se le concede a la misma.

El CPT se considera una modificación de los esquemas cognitivos y el modo que tenemos de ver y procesar la realidad. Lo que ocurre es que la experiencia traumática destruye la estructura cognitiva del individuo (como se ha comentado en el apartado anterior, la vivencia de un atentado terrorista puede generar en la víctima una visión del mundo y de los demás negativa y desconfiada), de manera que se presenta la oportunidad de reconstruirlas y reformularas dándoles un nuevo significado -positivo, en el caso de CPT- (Vázquez et al., 2009). Que este proceso tenga lugar no significa que la persona no experimente emociones negativas, sino que, paradójicamente, lo más probable es que estas coexistan con emociones positivas (Calhoun y Tedeschi, 2000; Park, 1998). Inclusive, autores como Calhoun y Tedeschi (1999) sostendrán que la presencia de dichas emociones negativas será imprescindible para que pueda darse un CPT.

El concepto de CPT se definió originalmente como el conjunto de beneficios personales e interpersonales que un individuo puede obtener. Sin embargo, en los casos de trauma colectivo (y, sobre todo, en sociedades de carácter colectivistas), también puede darse un CPT compartido, definido como aquellos beneficios que adquiere una sociedad, en relación con los otros, a raíz de un aprendizaje común, como: aumento de la unión familiar, mayor cohesión grupal, incremento de una actitud prosocial (mayor tolerancia, compasión y valoración del apoyo social recibido), y creer que otras personas también puedan sacar beneficio de su experiencia (Páez, et al., 2013).

Es importante diferenciar el concepto de CPT del concepto de resiliencia. El segundo tiene que ver con la capacidad de un individuo para mantenerse estable a pesar de haber vivenciado (o estar vivenciando) una circunstancia adversa, es decir, el suceso no bloquea el funcionamiento normal de la persona y esta es capaz de recuperarse del mismo (Páez, et al., 2013). Mientras que el primero, a pesar de estar estrechamente relacionado con la resiliencia, va más allá, ya que el individuo no sólo es capaz de mantener un equilibrio, sino que además lleva a cabo un aprendizaje y un cambio positivo en su interior y forma de vida a raíz del suceso traumático (Vera et al., 2006). De ahí que se denomine *crecimiento* -indica que el individuo alcanza un nivel de desarrollo mayor al que tenía previamente- *postraumático* -es decir, el crecimiento tiene lugar tras un suceso concreto- (Zoellner y Maercker, 2006). Cabe mencionar que la corriente americana es la que realiza esta distinción, puesto que la francesa emplea como sinónimos CPT y resiliencia (Vera, et al., 2006). En este trabajo nos apoyaremos en la visión americana de dichos conceptos.

Para poder comprender este trabajo la idea de que cada persona vivencia e interpreta una situación traumática de forma diferente va a tener que estar muy presente; de manera que, aunque se puedan identificar ciertas respuestas psicológicas y emocionales comunes en las víctimas, el proceso de curación va a ser completamente individual, y no todas las personas van a poder experimentar cambios positivos. También hay que tener en cuenta que el crecimiento postraumático es multidimensional, es decir, la persona que lo lleva a cabo no tiene porqué mejorar en todas las áreas de su vida, habrá dimensiones en las que progrese y otras en las que no lo haga o incluso experimente cambios negativos (Calhoun et al., 1998). Además, dependiendo de la cultura a la que pertenezca el individuo será más probable que crezca en determinadas dimensiones; un estudio de Páez et al. (2011) mostró, por ejemplo, que mientras los estadounidenses y españoles tienden a crecer en mayor medida en la dimensión *fortaleza personal*, en Guatemala se tiende a llevar a cabo un *crecimiento espiritual*.

Las investigaciones realizadas para estudiar el fenómeno de CPT han obtenido, en general, resultados positivos en muy diversos tipos de poblaciones, como: víctimas de agresiones sexuales (Frazier et al., 2001), mujeres que han sufrido un cáncer de mama (Cordova et al., 2001), personas que han padecido accidentes de tráfico (Salter y Stallard, 2004), padres en duelo por pérdida de un hijo (Polatinsky y Esprey, 2000) e incluso entre víctimas de guerra (Powell et al., 2003).

1.3. Objetivos

Entre los sucesos traumáticos posibles, la vivencia de ataques terroristas me parece especialmente estimulante para la investigación porque supone, en esencia, a mi parecer, la radical desestructuración emocional, intelectual y física de la víctima de una manera repentina e inesperada. El hecho de que además sea un suceso ajeno por completo a su control individual, me lleva a pensar que un crecimiento postraumático es especialmente difícil en esta circunstancia. Es esta complejidad la que me llama la atención, y la que me lleva a establecer los siguientes objetivos para esta revisión de la literatura: investigar si hay presencia de crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo y, en caso de que lo haya, identificar cuáles son las dimensiones en las que más tiende a darse; así como conocer factores que propicien el desarrollo de CPT en contextos de atentados terroristas.

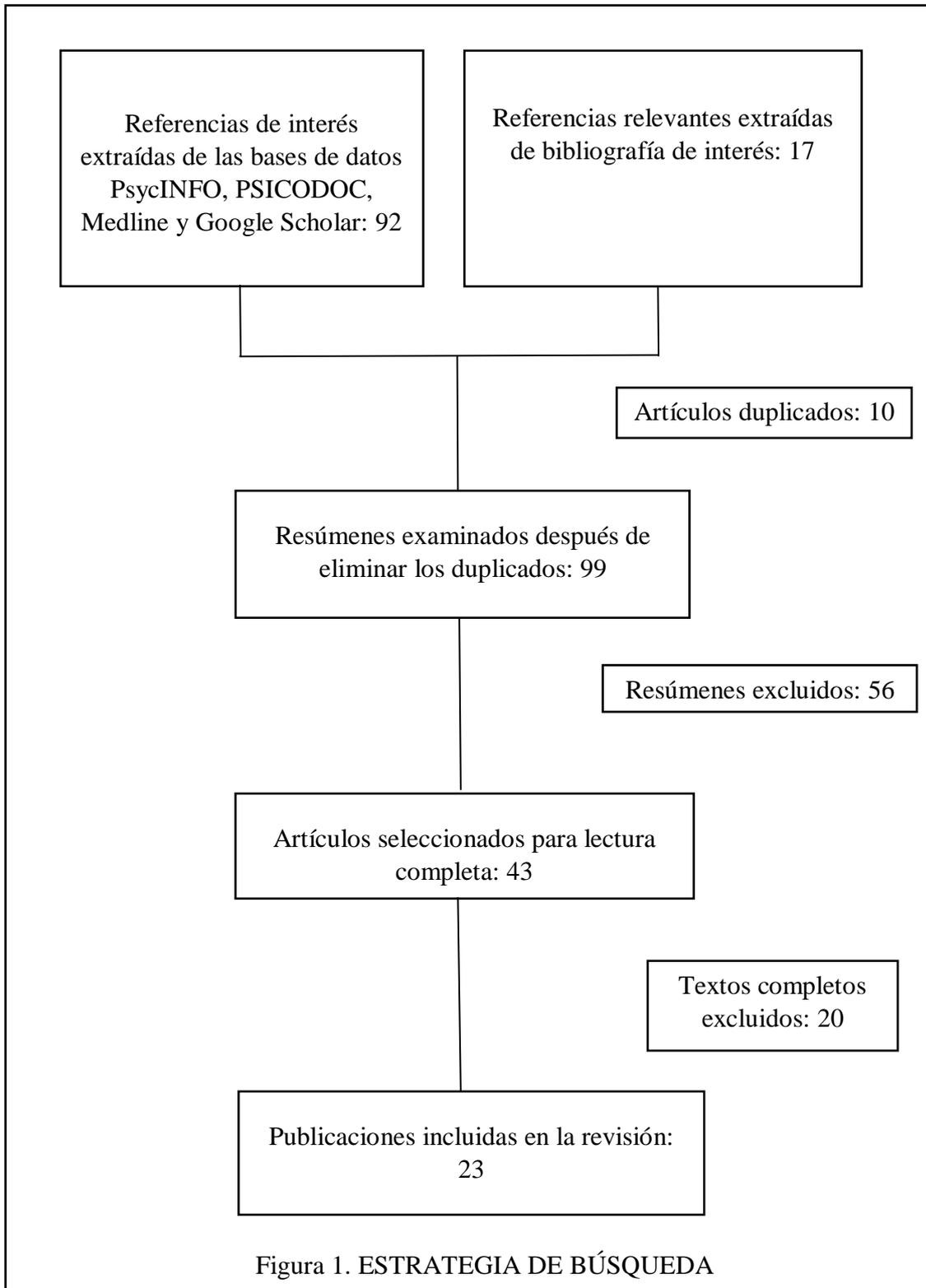
2. MÉTODO

Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado y consecución de sus objetivos se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica publicada relacionada con el crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo. Las bases de datos consultadas han sido: Psycodoc, PsycInfo, Medline y Google Académico; los términos empleados para elaborar la búsqueda: “crecimiento postraumático”, “terrorismo”, “víctimas de terrorismo” y “atentados terroristas” (así como su correspondiente traducción al inglés); y los conectores utilizados: AND y OR. También se han obtenido artículos a partir de la bibliografía de publicaciones que han resultado de interés para el trabajo; y de la búsqueda, en las ya mencionadas bases de datos, de artículos del autor Darío Páez Rovira.

Para llevar a cabo la selección de artículos que fuesen a ser empleados en el desarrollo del trabajo, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: publicaciones que estuviesen en español o en inglés; no se limitó la búsqueda respecto al año de publicación, puesto que eran de interés tanto investigaciones actuales como pasadas; y, en caso de que el resultado de la búsqueda fuese superior a 200 artículos, solo se tuvieron en cuenta aquellos que apareciesen en las primeras 15 páginas (en la base de datos Psycodoc se extendió la búsqueda hasta la página 30). Por otro lado, se realizó una lectura de los resúmenes de las publicaciones seleccionadas mediante los criterios señalados, y aquellos que tuviesen información de interés para el trabajo fueron elegidos para su lectura

completa. Finalmente, los artículos cuyo contenido no favoreciese la consecución de los objetivos del trabajo o fuesen de baja fiabilidad fueron descartados.

La Figura 1 muestra cuál fue el proceso de búsqueda y selección de artículos.



3. DESARROLLO

3.1. Niveles de crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo

Las consecuencias negativas que un evento traumático puede causar en su víctima (o víctimas) han sido ampliamente estudiadas, sin embargo, como se ha visto en el apartado de introducción, también existe la posibilidad de que la lucha contra la adversidad provocada por el trauma pueda dar lugar a resultados positivos. Es decir, el desarrollo de un CPT es posible, y vamos a ver que en víctimas de violencia terrorista también va a poder producirse (tanto a nivel individual como colectivo).

Los niveles generales de CPT en víctimas de terrorismo en España, Estados Unidos e Israel (tres muestras que nos permiten hacernos una idea global sobre la prevalencia de este fenómeno) son los siguientes:

El 31% de una muestra de españoles halló consecuencias positivas tras los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid -11-M-, y el 61% informó haber tenido una experiencia de aprendizaje (Páez et al. 2011)

En la población estadounidense el CPT tiende a ser elevado (Park et al., 2008). Aproximadamente el 90% de dos muestras de víctimas de los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York -11-S- indicó haber experimentado niveles de crecimiento en al menos una de las dimensiones (Dekel et al., 2016; Milam, 2005)

Por último, Laufer y Solomon (2006) mostraron que el 74.4% de víctimas de terrorismo en Israel informó haber desarrollado CPT: el 1.9% obtuvo niveles muy altos, el 24.6% niveles altos y el 47.9% niveles medios-bajos.

3.2. Dimensiones de crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo

La dimensión en la que mayor CPT tiende a darse es en *relación con otros*. Varios estudios (Evans-Campbell et al., 2006; Milam et al., 2005; Vázquez et al., 2008) muestran que la vivencia de un atentado terrorista promueve que muchas de sus víctimas fortalezcan sus relaciones sociales (con familiares, amigos...) y adviertan cambios positivos en su forma de interaccionar con otros, ya sean cercanos o no (mayor amabilidad, mayor facilidad para el trabajo en equipo...). Por otro lado, y ahora hablando de un CPT a nivel colectivo, las sociedades que sufren violencia terrorista tienden a aumentar su sentimiento de cohesión grupal, así como crece en ellas el número de conductas prosociales -es decir, hay mayor altruismo y tolerancia- (Páez et al., 2012). Por

ejemplo, un estudio realizado tras los atentados del 11-M mostró que las áreas de mayor CPT entre las víctimas fue “sentirse más cercano a otros” -80% de la muestra total- y “sentir mayor cohesión social” -79% de la muestra total- (Vázquez et al., 2008). Desgraciadamente, el aumento de conductas altruistas tiende a darse de manera temporal -las visitas a la página web www.volunteermatch.org se triplicaron tras los atentados del 11 de septiembre en Nueva York (11-S), pero pasadas cinco semanas desde el suceso estas volvieron a su número habitual (Penner, 2004)-; aunque no por ello dejan de ser importantes, ya que promueven la cohesión social y una narración más positiva del suceso traumático (Vázquez et al., 2008). Podría pensarse que este incremento del sentimiento de unión social puede llevar a una intensificación del sentimiento nacionalista; sin embargo, aunque muchas veces se da, tiende a ser pasajero y a depender del contexto (Sales et al., 2009).

Otra dimensión en la que también se ha encontrado elevado CPT entre las víctimas de terrorismo es en *fortaleza personal*. La vivencia de una experiencia traumática puede suponer un gran sufrimiento, pero también un gran reto. Los atentados terroristas son situaciones extremas que demandan excesivas habilidades de afrontamiento a sus víctimas, y, aunque generalmente las desborden y puedan llevar a la persona a un estado de profundo sufrimiento, puede que durante el proceso de lucha ante esta adversidad vaya desarrollando nuevas habilidades (quizá ya las tuviese, aunque escondidas) o fortaleciendo algunas que ya practicase previamente, de manera que vaya conociéndose mejor a sí misma y se sienta más preparada para afrontar una situación parecida en el futuro (Vázquez et al., 2008). Un estudio realizado tras los atentados del 11-S ilustra esta idea: 4000 personas fueron evaluadas antes y después del suceso, descubriéndose que tras este habían incrementado marcadamente siete fortalezas personales (gratitud, esperanza, amabilidad, liderazgo, amor, fe y capacidad de trabajo en equipo), y se mantuvieron tiempo después del atentado (Peterson y Seligman, 2003).

Por otro lado, muchos de los estudios sobre CPT que abarcan la dimensión *espiritualidad* (incluidos aquellos que lo investigan en contextos de terrorismo) tienden a referirse a ella como religiosidad, descartando la posibilidad de que haya podido darse un crecimiento espiritual no vinculado a la religión. Esto se trata de un error ya que, aunque ambos conceptos no son excluyentes entre sí (es decir, pueden coexistir o desarrollarse de forma separada), refieren a ideas diferentes: la religión implica tener un conjunto de creencias y realizar una serie de prácticas vinculadas a una institución religiosa

organizada; mientras que la espiritualidad es una dimensión del ser humano relacionada con el cuestionamiento sobre el significado y sentido de la vida, que implica la búsqueda de conexión -con el otro, la naturaleza y/o lo divino- y de trascendencia, y puede estar integrada en creencias religiosas o no (Fuentes, 2018). A pesar de esta tendencia, diferentes estudios muestran que un crecimiento espiritual, esté o no vinculado a la religión puede darse tras la vivencia de violencia terrorista (Cárdenas-Castro et al., 2021; Torabi y Seo, 2004); aunque es interesante mencionar que aquellos que se identifican con una religión tienden a alcanzar niveles de CPT más elevados que aquellos que no lo hacen (Milam et al., 2005). La espiritualidad ayuda a la aceptación e integración psíquica del suceso traumático, ya que proporciona una forma determinada de ver la vida que facilita otorgarle un sentido a nuestra existencia; promueve el desarrollo de un CPT colectivo, puesto que su crecimiento aumenta los sentimientos de solidaridad, cohesión... y, como consecuencia, también el desarrollo de conductas prosociales; y es más probable que tienda a darse en culturas con tradiciones más colectivistas -como Guatemala- que en culturas con tradiciones más individualistas -como Estados Unidos- (Páez et al., 2011).

En cuanto a la dimensión *apreciación de la vida*, distintos estudios muestran que ha obtenido, también, puntuaciones considerables entre víctimas de terrorismo (Dekel et al., 2016; Milam et al., 2005; Park et al., 2008). La vivencia de este tipo de sucesos traumáticos implica una amenaza a la vida, por lo que no es de extrañar que, tras estos, sus víctimas tiendan a valorar más su propia vida y a reordenar sus prioridades. Dos testimonios recogidos en la investigación de Dekel et al. sobre CPT en afectados por el 11-S ilustran esta idea: “It sort of, kind of, cleared the slate. I just feel like my priorities are all lined up.”; “Uhm, but I do think that I started to live my life a little more fully. I know that sounds so cliché, but I think I really kind of did.” (2016, p. 319).

Por último, *nuevas posibilidades* ha sido la dimensión sobre la que menos información se ha hallado en esta revisión de la literatura. Su desarrollo tiene lugar, aunque tiende a obtener puntuaciones reducidas (Dekel et al., 2016).

Como se ha mencionado en la introducción, el CPT es multidimensional, de manera que para que un individuo lo desarrolle no va a tener por qué experimentarlo en todas sus dimensiones, sino que podrá hacerlo en una, en dos, o en todas; incluso podrá llegar a empeorar en alguna de ellas mientras mejora en otras. En otras palabras, las víctimas de sucesos traumáticos pueden percibir simultáneamente cambios negativos y positivos -y lo mismo ocurre a nivel colectivo- (Páez et al., 2012). Otro estudio sobre el

11-M mostró que aquellos que dijeron haberse beneficiado de más cambios positivos, también fueron los que experimentaron mayores cambios negativos (Barbero y Linley, 2006).

3.3. Variables facilitadoras del crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo

El CPT es un proceso complejo, de lucha, pero, como ocurre con otros fenómenos, también puede verse facilitado, según los autores Calhoun et al. (2010), Haidt (2006) y Vázquez y Páez (2011), por la presencia de algunos factores: vivenciar el suceso traumático durante la construcción de la identidad, presencia y acceso a recursos sociales, separación emocional del suceso, nivel de gravedad del trauma, búsqueda y percepción de apoyo social, capacidad de atribución de significado, habilidades de afrontamiento adaptativas (aceptación y reevaluación positiva) y presencia de emociones positivas.

Aunque en esta revisión de la literatura no se ha encontrado evidencia de que todas las variables anteriormente mencionadas promueven CPT en víctimas de terrorismo, a continuación, se expondrán aquellas que sí han podido ser respaldadas por diferentes estudios.

En primer lugar, la severidad del episodio traumático va a jugar un papel importante en el posterior desarrollo de un CPT. Como indican Butler et al. (2008) y Páez et al. (2012), que el nivel de gravedad -objetivo y percibido por la víctima- del suceso terrorista haya sido entre medio y severo equilibrado favorecerá la aparición de CPT. Se entiende que esto es así porque un suceso poco impactante no haría que la víctima se cuestionase sus creencias ni llevase a cabo cambios, mientras que un suceso lo suficientemente fuerte (sin ser descontrolado, ya que en ese caso sólo daría lugar a resultados negativos) sí.

En segundo lugar, respecto al papel que juega la variable apoyo social y su búsqueda tras los sucesos terroristas se han encontrado, curiosamente, resultados variados. El apoyo social es un factor clave para un individuo tras la vivencia de un acontecimiento traumático: permite que se valide la experiencia, la reconoce, y facilita que la víctima acepte y asimile la vivencia (Páez et al., 2012). Por un lado, se han encontrado estudios que respaldan esta idea: Vázquez et al. (2011) mostraron tras una investigación en víctimas indirectas del 11-M que la búsqueda y percepción de apoyo social pronosticó el desarrollo de CPT (es decir, tener acceso a apoyo social y emplearlo, lo cual promueve la expresión emocional y reevaluación del suceso, en principio facilita

el CPT). Pero, por otro, también se han encontrado estudios que la cuestionan: víctimas del 11-S que emplearon como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo emocional mostraron síntomas más graves de TEPT seis meses después (Silver et al., 2002). Dichos resultados contradictorios podrían explicarse por la siguiente hipótesis: como se ha mencionado anteriormente, un apoyo social de confianza facilita que la víctima narre el suceso traumático y exprese sus emociones asociadas al mismo; por lo general, esto ayuda al individuo a construir un discurso sobre su experiencia dirigido al desarrollo de un CPT, pero también puede provocar el efecto contrario, promoviendo que se estanque e identifique -de forma prolongada o permanentemente- con lo sucedido (Pérez et al., 2006; Pérez et al., 2005).

En tercer lugar, una actividad emocional positiva tras la experiencia de violencia terrorista será una importante predictora de CPT (Vázquez y Páez, 2011). En una extensa muestra de víctimas del 11-M se encontró una correlación positiva entre la sensación de haberle encontrado algún beneficio al trauma y las emociones positivas -como gratitud, sentimiento de unión...- que experimentaron el día del episodio terrorista y los días que le sucedieron (Vázquez y Hervás, 2010). Siguiendo con esta idea, un estudio longitudinal mostró que un sentimiento de afecto personal positivo y la percepción de un clima emocional positivo fueron predictores de CPT (Vázquez et al., 2011). En el proceso de crecimiento estas emociones positivas van a convivir con emociones negativas, por lo que también va a ser interesante hablar sobre el papel que estas últimas cumplen en el CPT. Aunque las investigaciones realizadas acerca del tema no han obtenido datos homogéneos (Páez et al., 2012), existen muestras de que la presencia de emociones negativas (principalmente la ira, seguida de la tristeza, el miedo y la angustia) pueden ser predictoras de CPT tras la vivencia de un suceso terrorista (Davis y Macdonald, 2004; Páez et al., 2011). Como señalan Páez et al. (2012), es posible que las emociones negativas favorezcan procesos de reflexión: la ira puede facilitar un comportamiento asertivo, el miedo protección y la tristeza la elaboración de duelos. No obstante, siguen siendo necesarias más investigaciones para determinar las funciones pueden cumplir.

En cuarto lugar, las víctimas de terrorismo que practican estrategias de afrontamiento adaptativas (como aceptar el suceso, realizar una reevaluación positiva del trauma, buscar apoyo social, tratar de regularse emocionalmente y rumiación deliberada, es decir, proceso voluntario de pensamiento sobre el que el sujeto tiene control) tienden a reportar mayores niveles de CPT (Cárdenas-Castro, 2021; Gómez y García, 2021; Park

et al., 2008). El individuo, a través de dichas estrategias, realiza un análisis constructivo del suceso y las reacciones cognitivas y emocionales que este le haya podido causar, por lo que es más probable que encuentre la manera de darle un sentido a su experiencia y sea capaz de identificar los resultados positivos que esta pueda haberle proporcionado (Park, 2004). Como Calhoun y Tedeschi (1999) propusieron, el CPT florece desde la cognición y no tanto desde la emoción, por lo que, entre las estrategias mencionadas, la rumiación deliberada va a jugar un papel clave en el CPT (Cárdenas-Castro et al., 2021; Gómez y García, 2021). Los procesos de reflexión voluntarios que inicia el individuo acerca del suceso traumático mediante la rumiación son necesarios para que perciba los aspectos positivos y crecimiento que este le haya podido proporcionar; y, además, irán frenando la presencia de pensamientos intrusivos (sumamente frecuentes tras la vivencia de episodios traumáticos como son los atentados terroristas), es decir, aquellos de carácter involuntario y que poseen un componente afectivo más elevado (Gómez y García, 2021; Vázquez et al., 2009).

Por otra parte, los atentados terroristas -traumas colectivos por definición- van a desencadenar el desarrollo de estrategias de afrontamiento comunales -rituales seculares, funerarios...-, las cuales van a estar fuertemente vinculadas al CPT. Como señalan Páez et al. (2011), participar en manifestaciones, conmemoraciones, el compartir social de las emociones, proporcionar ayuda de manera altruista etc. refuerza de forma beneficiosa la cohesión del grupo, el desarrollo de conductas prosociales y los sentimientos de solidaridad, esperanza e identidad (es decir, facilitan un CPT fundamentalmente colectivo). Pero, desgraciadamente, así como el afrontamiento comunal intensifica la emotividad positiva (promueve un clima social cohesionado y positivo), también intensifica la emotividad y rumiación negativa en torno al suceso traumático -por ejemplo, puede que la persona no deje de hacerse preguntas del tipo: “¿por qué me ha pasado esto a mí?”, “¿qué he hecho para merecérmelo?”, “no voy a mejorar”, etc. (Páez et al. 2012)-. En otras palabras, el crecimiento que facilita es más de carácter interpersonal y social que intrapersonal. Como mostró Bowlby (1980), los ritos y conmemoraciones son un factor de protección frente a el aislamiento social, pero no frente al aislamiento emocional o afectividad negativa; es decir, pueden ayudar a reconocer y hacer real una pérdida o impacto psicológico producido por el suceso traumático y a normalizar la expresión pública de emociones negativas, pero no mitigarán de forma directa el dolor y sufrimiento experimentados. No obstante, los atentados terroristas son traumas cuya vivencia es

colectiva, de manera que tenderán a desencadenar estrategias de afrontamiento comunales -como mostraron Páez et al. (2011), hasta el 25% de la población española participó en actividades sociales y políticas tras los atentados del 11-M-, y estas van a ser esenciales para la superación del trauma social, la percepción de cambios positivos y el desarrollo de un CPT -colectivo, principalmente- (Conejero et al., 2004; Páez et al., 2007).

Por último, la religiosidad también va a ser un factor clave en el desarrollo de CPT en contextos de violencia terrorista. Normalmente, esta funciona como estrategia de afrontamiento adaptativa ante situaciones adversas -el sistema de creencias y valores que proporciona facilita encontrar cierta paz y darle un sentido a lo sucedido-, pero también va a haber ocasiones en las que va a perjudicar al individuo más que ayudarlo a recomponerse. Es decir, la religión podrá funcionar tanto como estresor como factor de protección (Pargament et al., 1998). Los autores Páez et al. (2011) refieren, el afrontamiento religioso promueve en gran medida un CPT colectivo, ya que genera efectos psicosociales muy positivos (eleva el sentimiento de solidaridad y unión, hace que se valore más el apoyo social...); pero que a nivel individual sus beneficios no son tan elevados. En este sentido, un estudio que realizaron tras el 11-M mostró que el afrontamiento religioso ayudó a las víctimas a integrar y aceptar psíquicamente el trauma, pero que también generó en ellos mayor ansiedad y rumiación, así como tampoco les protegió de sentir miedo a la muerte por sucesos parecidos. Por otro lado, hay autores (Gómez y García, 2021; Pargament et al., 1998) que hablan de afrontamiento religioso positivo (sentirse satisfecho espiritualmente y percibir la religión como un apoyo; actitud que, afortunadamente, tienden a poseer la mayoría de las víctimas) y afrontamiento religioso negativo (sentirse insatisfecho espiritualmente y tener una percepción punitiva de la religión). El primero facilita el CPT, así como ayuda a reducir el miedo a la muerte; pero el segundo eleva los niveles de angustia y ansiedad. Esto es así porque el afrontamiento religioso positivo ayuda a comprender y dotar de significado experiencias externas, e, indirectamente, promueve la rumiación deliberada, ya que el individuo inicia procesos de reflexión voluntarios para lograr entender y afrontar el suceso traumático (Gómez y García, 2021). En resumen, la religiosidad es, por lo general, un factor de protección y variable facilitadora de CPT en víctimas de terrorismo. Como afirmó Tedeschi (1999), dar un significado al trauma facilita el desarrollo de CPT, y la religión puede ayudar a ello.

3.4. Influencia de las variables socioeconómicas, de género y personalidad en el crecimiento postraumático en víctimas de terrorismo

Generalmente, aquellos colectivos con un estatus socioeconómico bajo, tienden a poseer menos recursos para afrontar situaciones traumáticas -porque no se pueden permitir invertir en salud física y/o mental, no tienen acceso a servicios de ayuda...- (Bradley y Crown, 2002). Los resultados de un estudio en víctimas de terrorismo en Israel respaldaron dicho argumento: los sujetos pertenecientes a un colectivo de estatus socioeconómico bajo presentaron mayor gravedad de síntomas postraumáticos que aquellos pertenecientes a un estatus socioeconómico alto. Sin embargo, también hallaron un fenómeno interesante: las víctimas con un estatus socioeconómico bajo fueron las que presentaron mayores niveles de CPT (Yablon et al., 2011). Dichos resultados nos devuelven a la idea de que el sufrimiento y la presencia de emociones negativas también cumplen un papel en el CPT; y refuerzan la propuesta de Calhoun y Tedeschi (1999) de que la angustia es necesaria para que tenga lugar un proceso de CPT, ya que sin ella el sujeto no pondría en marcha habilidades de afrontamiento.

Por otro lado, también se han encontrado diferencias de género en cuanto al CPT; y, de nuevo, el colectivo que presenta mayores síntomas postraumáticos negativos es el que después mayor crecimiento percibe: las mujeres en este caso (Val y Linley, 2006; Yablon et al., 2011). Es decir, la propuesta de Calhoun y Tedeschi (1999) recientemente mencionada también se cumple en este caso, ya que el grupo que mayor sufrimiento experimenta es el que mayores niveles de CPT alcanza posteriormente. Por otra parte, son interesantes los resultados del estudio de Dekel et al. (2016), quienes identificaron que la principal diferencia de puntuaciones en CPT estaba en la dimensión *relación con otros*, siendo ellas las que anunciaban mayor crecimiento. Este resultado sugirió que las mujeres tienden a adoptar un estilo de afrontamiento interpersonal (es decir, buscan, en mayor medida que los hombres, apoyo social y/o usan el que tienen), de manera que es más probable que vean reforzadas sus relaciones con los demás.

Por último, también se han encontrado estudios que han mostrado la influencia de la personalidad en el desarrollo de CPT tras sucesos de violencia terrorista: mientras que la extraversión está asociada al CPT, el neuroticismo está asociado a cambios negativos (Val y Linley, 2006; Hegelson et al., 2006). Además, algunos autores (Fredrickson et al., 2003) han hipotetizado que la resiliencia (concepto que en este trabajo hemos diferenciado del CPT y ha sido definido como la capacidad para adaptarse ante la vivencia

de situaciones desfavorables) puede ser una predictora de CPT; hallando, tras un estudio en víctimas del 11-M, que su presencia está asociada a una mayor facilidad para dar un significado positivo a la situación traumática y, por tanto, para desarrollar un CPT.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El principal objetivo de este trabajo era contestar a la pregunta de si es posible un CPT en víctimas de terrorismo y, en caso afirmativo, conocer cómo se lleva a cabo este proceso en cada una de sus dimensiones y cuáles son las variables que lo facilitan. A priori cabría pensar que sucesos de este tipo necesariamente generan respuestas patológicas, sin embargo, no es siempre así. Como se ha reflejado a lo largo del trabajo el CPT es posible: más de la mitad de tres muestras de población estadounidense, israelí y española víctimas de terrorismo dijo haber percibido cambios positivos en al menos una dimensión del CPT (Dekel et al. 2016; Milam, 2006; Laufer y Solomon, 2006; Páez et al., 2011). A mi juicio, tan interesante como que se de este hecho, es la variedad con la que se produce. La tendencia general es a que se desarrolle en sólo algunas de sus dimensiones, no en todas, y además en muchas ocasiones los cambios positivos del CPT se combinan con cambios negativos consecuentes al suceso traumático.

Según la revisión de la literatura, la dimensión *relación con otros* es aquella en la que mayores niveles de CPT se han hallado en contextos de atentados terroristas (Evans-Campbell et al., 2006; Milam et al., 2005; Vázquez et al., 2008). Nuestras vidas están en muy gran medida estructuradas a la luz de las relaciones que construimos y mantenemos con otros, es decir, *la relación con otros*, precisamente; por lo que, si eso resulta vulnerado, resulta natural que se convierta en un foco importante a restaurar y apreciar. La interacción del individuo con los demás es un soporte vital fundamental, el individuo no puede ser tal sin esa interrelación y, como consecuencia, resulta coherente que en un proceso de CPT el individuo desarrolle una elevada respuesta positiva en esta dimensión.

Por otro lado, y en estrecho vínculo con la dimensión *relación con otros*, también se han encontrado elevados niveles de CPT colectivo tras la vivencia de atentados terroristas (Páez et al., 2011; Páez et al., 2012). Como se ha venido apuntando, estos los sufren tanto sus víctimas directas como el resto de la sociedad afectada, y es por ello que, a mi parecer, y teniendo en cuenta la naturaleza social del ser humano, resulta, de nuevo, natural y coherente una reacción positiva en este sentido. En el proceso de CPT colectivo, las estrategias de afrontamiento comunales tienen un papel fundamental, ya que, aunque

no tienen un efecto mitigador del trauma a nivel individual, si lo tiene, y muy potente, a nivel social (Páez et al., 2007). Los nuevos aprendizajes y los beneficios que perciba la sociedad a partir del proceso de lucha contra la adversidad restaurarán su estructura, la colectividad se identificará posteriormente con una mayor fortaleza y tendrá mayor capacidad para amortiguar el trauma (Páez et al, 2011).

Las dimensiones *apreciación de la vida, espiritualidad y fortaleza personal* no tienen igual presencia. Tienden todas a darse, pero según se observa, varían en función del sistema de valores y creencias personales previas del individuo, así como de las influencias culturales que reciba del contexto en el que vive (Dekel et al., 2016; Milam et al., 2005; Cárdenas-Castro et al., 2021; Torabi y Seo, 2004; Vázquez et al., 2008).

La dimensión *nuevas posibilidades* aparenta ser la más débil, de hecho, es la menos tratada en la literatura que se ha trabajado. Sobre este punto cabría la siguiente reflexión: *nuevas posibilidades* en cierto modo refleja la culminación de un CPT plenamente exitoso. Obtener elevadas puntuaciones en ella significa contemplar el trauma como una oportunidad de cambio (positivo) y tener una visión favorable sobre uno mismo y el mundo. Es decir, la persona se aprecia a sí misma y a lo que la rodea, continúa sintiendo ilusión por lo que el mundo le pueda proporcionar y ha logrado reinventarse plantándole cara al sufrimiento y sus consecuencias. Es por ello por lo que muy probablemente conlleve también niveles de crecimiento en otras áreas. Implica toda una nueva perspectiva de vida. Es su complejidad lo que probablemente hace que no se dé tanto como las otras dimensiones, lo que sugiere que, si bien el CPT es posible, raramente se completa.

Respecto a las variables facilitadoras de CPT, se han encontrado interesantes resultados acerca de la influencia del apoyo social en las víctimas de terrorismo y el papel de las emociones negativas en el proceso de crecimiento. En principio, poseer o tener acceso a un apoyo social de calidad facilita el CPT (Vázquez et al., 2011). Sin embargo, se han encontrado algunos estudios que han mostrado lo contrario: el apoyo puede que refuerce la rumiación negativa y la víctima termine identificándose con el suceso traumático (Silver et al., 2002). En apariencia, esta contradicción puede sorprender, ya que el apoyo social suele identificarse como un factor de protección y amortiguador del trauma (permite que el suceso sea narrado y validado). Sin embargo, es posible que en el caso en el que el apoyo no funcione lo que esté influyendo sea, entre otros, el cuándo y el cómo se habla del episodio traumático, ya que puede que el proceso de elaboración de la

narración no esté siendo bien llevado. Por ejemplo, reprimir una comunicación asertiva y emocional (de forma intencionada o no), hablar reiteradamente del suceso traumático con la víctima o presionarla o inducirla a narrarlo son actitudes que perjudican y dificultan en gran medida su proceso de sanación. Hablar en sí no es negativo, permite que la persona exponga e integre sus emociones y reevalúe el trauma, pero siempre y cuando desee hacerlo y sea capaz de tomar cierta distancia psicológica (Páez et al. 2012).

Por otra parte, las emociones positivas son importantes predictoras de CPT (Vázquez y Páez, 2011; Vázquez y Hervás, 2010). Aunque pueden convivir con la presencia de emociones negativas, no hay homogeneidad en los resultados de los estudios que describen cuál es el papel que cumplen estas últimas en el proceso de crecimiento (Páez et al., 2012). En general, las investigaciones hablan de la importancia e influencia de las emociones positivas casi exclusivamente, cuando es posible que las negativas, como la ira o el miedo, movilicen al individuo al cambio y jueguen también un papel potenciador de CPT (Davis y Macdonald, 2004; Páez et al., 2011). Estas últimas son consustanciales al ser humano, están presentes en diferentes grados en todas las situaciones, y es por ello por lo que deben ser tenidas en cuenta incluso en los procesos positivos como el del CPT. Si se conocen pueden servir de guía al profesional para identificar en qué fase se encuentra la víctima, determinar hasta qué punto están siendo perjudiciales (¿están ayudando al individuo a aceptar lo sucedido? O, por el contrario, ¿son tan intensas que lo están bloqueando?) o si forman parte de un proceso natural y esperable. Siguiendo con esta idea, se ha hallado que los colectivos que han sufrido mayores síntomas postraumáticos (el colectivo femenino y el de nivel socioeconómico medio-bajo) han sido los que posteriormente han informado mayores niveles de CPT. Esto sugiere que las emociones negativas (presentes en dichos síntomas) son de gran relevancia y que, como indican Calhoun y Tedeschi (1999), es muy probable que sea necesario el sufrimiento para que posteriormente pueda darse un proceso de CPT. El desbordamiento emocional y cognitivo que supone la vivencia de un atentado terrorista hace que el individuo inicie una búsqueda y aplicación de estrategias de afrontamiento eficaces que posteriormente lo lleven a un proceso de crecimiento. En este sentido, también cobra relevancia el hecho de que el suceso traumático tenga que ser de una severidad media alta-equilibrada para derribar los esquemas cognitivos del individuo. Necesariamente tiene que causar un impacto acompañado de emociones negativas y difíciles de enfrentar en la víctima, para que esta pueda empezar a reconstruirse (ya sea

en positivo, en el caso de CPT, o en negativo, en caso de que no tenga lugar un proceso de restauración personal). Todos estos datos reflejan la significativa presencia de emociones negativas en el proceso de crecimiento. Por tanto, dada la relevancia otorgada en la mayoría de estudios a la convivencia de aquellas con emociones positivas, resulta sorprendente la escasa investigación sobre cuál es papel que pueden cumplir en el CPT, más allá de una mera presencia. Es por ello que sería de gran interés desarrollar más literatura acerca de esta idea.

Es importante puntualizar que la mayoría de estudios analizados en el presente trabajo tratan casos de CPT en contextos de atentados terroristas potentes pero puntuales (11-S y 11-M fundamentalmente), y no abordan situaciones de terrorismo crónico en las que, como mostraron los estudios de Cairns y Wilson (1998) y Pérez-Sales et al. (2009), se da un cierto nivel de habituación a la violencia, es decir, más adaptación que cambio. Las respuestas de CPT mostradas en este trabajo no son representativas de todos los tipos de terrorismo existentes, sino del tipo más investigado, pero menos extendido en el mundo: el episódico y provocado por individuos pertenecientes a otro país (Vázquez et al., 2008). Otros tipos de terrorismo generan repuestas diferentes, por lo que sería interesante ampliar la investigación sobre los procesos de CPT en dichos contextos (por ejemplo, una habituación a la violencia podría impedir un CPT). Por otro lado, faltan estudios longitudinales que permitan conocer la evolución del CPT, lo que equivaldría a identificar la influencia de las primeras reacciones ante el suceso y las distintas variables en el desarrollo de CPT a más largo plazo (Vázquez et al., 2009).

La mayoría de las investigaciones sobre vivencias traumáticas se han centrado en sus consecuencias negativas. El estudio del CPT en contextos de terrorismo sin embargo valoriza lo positivo (sin obviar lo negativo) que puede surgir de dichas situaciones. Es estimulante comprobar que víctimas de ataques terroristas puedan seguir una evolución que no se limite a una resiliencia, sino que apunte a un cambio tal que incluso considere el hecho traumático como desencadenante de todo un proceso de cambio positivo. Supone hacer visible una respuesta alternativa plausible, que en un primer momento puede parecer inverosímil y que sin embargo es más frecuente de lo que se piensa. Se presenta como un terreno digno de seguir siendo explorado por la Psicología, esperanzador, que puede proporcionar herramientas valiosas para afrontar las terribles consecuencias de hechos como los que se vienen tratando.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Ai, A., Evans-Campbell, T., Santangelo, L., & Cascio, T. (2006). The Traumatic Impact of the September 11, 2001, Terrorist Attacks and the Potential Protection of Optimism. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(5), 689–700.
- Álvarez, A (2015). *Consecuencias psicológicas del terrorismo* [Trabajo de Fin de Máster]. Universidad de Oviedo.
- Arcos, P. y Castro, R., directores. Terrorismo y Salud Pública. Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Baum, A. y Dougall, A. (2002). Terrorism and behavioral medicine. *Current Opinion in Psychiatry, 15*(6), 617–621. <https://doi.org/10.1097/00001504-200211000-00010>
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bowlby, J. (1980). *Loss, sadness and depression* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bradley, R., y Corwyn, R. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology, 53*, 371–399. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>
- Butler, L., Koopman, C., Azarow, J., Blasey, C., Magdalene, J., DiMiceli, S., Seagraves, D., Hastings, A., Chen, X., Garlan, R., Kraemer, H., & Spiegel, D. (2009). Psychosocial Predictors of Resilience After the September 11, 2001 Terrorist Attacks. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(4), 266–273. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31819d9334>
- Cairns, E. y Wilson, R. (1989). Coping with political violence in Northern Ireland. *Social Science and Medicine, 28*(6), 621–624. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90257-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90257-8)
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1–14). John Wiley & Sons Inc.

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781410602268>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2000). Early posttraumatic interventions: Facilitating possibilities for growth. In J. M. Violanti, D. Paton, & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 135–152). Charles C Thomas Publisher.
- Cárdenas-Castro, M., Faúndez-Abarca, X., Arancibia-Martini, H., & Ceruti-Mahn, C. (2021). The Relationship Between Posttraumatic Growth and Psychosocial Variables in Survivors of State Terrorism and Their Relatives. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1–2), 428–447. <https://doi.org/10.1177/0886260517727494>
- Colorado, F. (2007). Trauma colectivo y terrorismo. *Umbral científico*, 10, 133-148.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.176>
- Curran, P. S. (1988). Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969–1987. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 470–475. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.4.470>
- Davis, C., y Macdonald, S. (2004). Threat appraisals, distress and the development of positive life changes after September 11th in a Canadian sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 68–78. <https://doi.org/10.1080/16506070410025832>
- Dekel, S., Hankin, I., Pratt, J., Hackler, D., & Lanman, O. (2016). Posttraumatic growth in trauma recollections of 9/11 survivors: A narrative approach. *Journal of Loss and Trauma*, 21(4), 315–324. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1108791>
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566.
- Duque, F., Mallo, M. y Álvarez, M. (2007). *Superando el trauma: la vida tras el 11-M* (1.ª ed.). La liebre de Marzo.
- Echeburúa, E., del Corral, P y Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(supl.), 139-145.

- Echeburúa, E., del Corral, P y Amor, P. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15(3), 273-292.
- Estella, L. (2016). Psicología del terrorismo: Breve apunte. *Revista del Instituto Español de Estudios Estratégicos*, 8.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1048–1055. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1048>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(2), 365–376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Fuentes, L. del C. (2018). La Religiosidad y la Espiritualidad ¿Son conceptos teóricos independientes? (Spanish). *Revista de Psicología (1669-2438)*, 14(28), 109–119.
- García, J., y Collado, E. (2007). El daño psicológico en las víctimas del terrorismo. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1), 147-160.
- García-Vera, M., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119(1), 328-359.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del psicólogo*, 37(3), 198-204.
- Gómez, M., & García, F. (2021). Crecimiento postraumático y variables psicosociales en víctimas de violencia política. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 27(1), e447. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2021.v27n1.05>

- Gutiérrez, S. (2015). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas* [tesis doctoral]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Haidt, J. (2006). *La Hipótesis de la felicidad*. Barcelona: Gedisa.
- Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology, 56*(3), 345-366. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x>
- Laufer, A. y Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(4), 429–447. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.4.429>
- Milam, J., Ritt-Olson, A., Tan, S., Unger, J., & Nezami, E. (2005). The September 11th 2001 Terrorist Attacks and Reports of Posttraumatic Growth among a Multi-Ethnic Sample of Adolescents. *Traumatology, 11*(4), 233–246. <https://doi.org/10.1177/153476560501100404>
- Páez, D., Basabe, N., Ubillos, S., & González-Castro, J. (2007). Social sharing, participation in demonstrations, emotional climate, and coping with collective violence after the March 11th Madrid bombings. *Journal of Social Issues, 63*(2), 323–337.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, y Sezibera, V. (2011). Crecimiento post-estrés y post-traumático. En D.Páez, C.Martín Beristain, J.L.Gonzalez-Castro, N. Basabe y J. De Rivera (Eds.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz* (pp.311-342). Madrid: Fundamentos.
- Páez, D., Vázquez, C. y Echeburúa, E. (2012). Trauma social, afrontamiento comunitario y crecimiento postraumático colectivo. *Crisis, Vulnerabilidad y Superación, June*, 1-32. https://www.researchgate.net/profile/Darío_Paez/publication/285580393_Trauma_a_Social_Afrontamiento_Comunitario_y_Crecimiento_Postrumatico_Colectivo/links/565f8f1408ae1ef92985603b/Trauma-Social-Afrontamiento-Comunitario-y-Crecimiento-Postrumatico-Colectiv

- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Park, C. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2), 267-277.
- Park, C. (2004). The notion of stress-related growth: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15, 69-79.
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., & Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 300–312. <https://doi.org/10.1037/a0014054>
- Penner, L. A. (2004). Volunteerism and social problems: Making things better or worse? *Journal of Social issues*, 60(3), 645-666. <https://doi.org/10.1111/j.0022-4537.2004.00377.x>
- Pereda, N. (2001). Revisión sistemática de las consecuencias psicológicas en menores víctimas del terrorismo. *Revista española de investigación criminológica*, 9(4), 1-28.
- Pérez-Sales, P., Cervellón, P., Vázquez, C., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Post-traumatic factors and resilience: the role of shelter management and survivors' attitudes after the earthquakes in El Salvador (2001). *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15(5), 368–382. <https://doi.org/10.1002/casp.827>
- Pérez-Sales, P., Fernández-Liria, A., y Rodríguez, B. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Pérez-Sales, P., Vázquez, C., y Arnoso, M. (2009). Aprendizaje postraumático individual y colectivo ante situaciones de terrorismo y violencia colectiva: Datos para un debate. *Violencia y salud mental*, 349-376.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological*, 14, 381-384. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.24482>

- Polatinsky, S., & Esprey, Y. (2000). An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 709–718. <https://doi.org/10.1023/A:1007870419116>
- Powell, S., Rosner, R., Butolo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic Growth After War; a Study with Former Refugees and Displaced People in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 71–83. <https://doi.org/10.1002/jclp.10117>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española* (edición del tricentenario). <https://dle.rae.es/terrorismo>
- Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic Growth in Child Survivors of a Road Traffic Accident. *Journal of Traumatic Stress, 17*(4), 335–340. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038482.53911.01>
- Silver, R., Holman, E., McIntosh, D., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of American Medical Association, 288* (10), 1235-1244. <https://doi.org/10.1001/jama.288.10.1235>
- Spencer, A. (2006). Questioning the concept of “New Terrorism”. *Peace Conflict and Development, 8*, 1-33.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence’. *Psychological Inquiry, 15*, 1–18.
- Tedeschi, R., Calhoun, L., y Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review, 56*, 396–406.
- Torabi, M. R., & Seo, D.-C. (2004). National Study of Behavioral and Life Changes since September 11. *Health Education & Behavior, 31*(2), 179–192.

- Val, E. y Linley, P. (2006). Posttraumatic growth, positive changes, and negative changes in Madrid residents following the March 11, 2004, Madrid train bombings. *Journal of Loss and Trauma*, 11(5), 409-424. <https://doi.org/10.1080/15325020600685519>
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. [Reactions to trauma: Resistance and growth]. *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2010). Terrorist attacks and benefit finding: The role of positive and negative emotions. *Journal of Positive Psychology*, 5, 154-163. <https://doi.org/10.1080/17439761003630060>
- Vázquez, C. y Páez, D. (2011). Posttraumatic Growth in Spain. En T. Weiss y R. Berger (Eds.). *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice* (pp.97-112). New York: Wiley & Sons.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Hervás, G. (2008). Positive Effects of Terrorism and Posttraumatic Growth: An Individual and Community Perspective. En A. Linley and S. Joseph (Eds.), *Trauma, Recovery & Growth* (63-91). Laurence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.1002/9781118269718.ch4>
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., y Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles Del Psicólogo. Revista Del Colegio Oficial de Psicólogos*, 27(1), 40-49.
- Yaacov B. Yablon, Shira Pagorek-Eshel, & Haya Itzhaky. (2011). Positive and Negative Effects of Long-Term Bombardment Among Israeli Adolescents: The Role of Gender and Social Environment. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28, 189-202.
- Zoellner, T. y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology-Acritical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>