

García, F. (2016). Crecimiento postraumático: una posibilidad frente al trauma. En: A. Cabezas-Corcione (Ed.), *Psicología positiva aplicada: Una integración mundial*. Santiago, Chile: RiL.

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO: UNA POSIBILIDAD FRENTE AL TRAUMA.

Felipe E. García
Universidad Santo Tomás, Chile.

Ya sea por razones geológicas, climáticas, políticas o sociales, no hay persona que no haya estado expuesta alguna vez a algún acontecimiento altamente estresante o potencialmente traumático. Esto ocurre tanto en Chile, país en el que hemos vivido terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, persecución política, torturas y delitos comunes, como en otros países del continente americano y en otras regiones del mundo, afectados por guerras, hambrunas, huracanes y otras amenazas.

Sin embargo, a pesar de ello, la mayoría de las personas parecen sobrellevar las amenazas apropiadamente, logrando seguir con el curso de sus vidas, sin desarrollar alguna consecuencia emocional que interfiera en sus planes de vida. Esta cualidad se ha denominado “resiliencia”, una palabra que proviene de la física y que alude a la propiedad de algunos metales de retorcerse y, sin embargo, regresar a su estado original, sin que parezca que el esfuerzo por doblarlo haya dejado alguna huella. Así, los seres humanos nos caemos y nos levantamos una y otra vez, renaciendo de las cenizas, rehaciéndonos tras el caos, la destrucción o la muerte de nuestros seres queridos.

Un ejemplo de resiliencia lo observamos en la figura 1, una fotografía sacada tras el tsunami que azotó las costas de Chile el 27 de febrero del año 2010, uno de los sismos más intensos en el mundo desde que éstos son registrados, y que representó un verdadero desafío para la reconstrucción, no solo de la infraestructura física, sino también de las propias vidas e identidades de las personas afectadas.



Figura1: Fotografía en las costas de la séptima región, Chile, tras el tsunami del 27 de febrero de 2010 (fuente: www.colegioaltamira.cl)

¿QUÉ ES EL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO?

Si ahora atendemos a las pequeñas distinciones semánticas que usamos para referirnos a la capacidad de sobreponernos tras una crisis, resulta que algunas personas no solo no se caen o se levantan con o sin esfuerzo, también son capaces de reconocer que aprendieron algo o cambiaron positivamente tras una experiencia dolorosa o traumática. Esta posibilidad parece no ser tan inusual, de modo que se ha podido investigar, diferenciándolo de la idea más general de resiliencia, esta última usada para referirse a aquel que no es fácil de torcer a pesar de las inclemencias. La persona que aprende o cambia, ya no solo se tuerce, además no vuelve a su estado original, sino que a un estado que parece ser mejor, pues estos aprendizajes y cambios le permitirán enfrentar sucesos similares en el futuro con nuevas herramientas. A esta capacidad de aprender de las crisis, se le ha denominado “crecimiento postraumático”.

Tedeschi y Calhoun (1996), promotores de este constructo, han definido al crecimiento postraumático (en adelante, CPT) de varias maneras a lo largo del tiempo, con pequeñas variaciones entre ellas. Haciendo una síntesis de los distintos matices y perspectivas, me atrevo a definir el CPT como los cambios positivos percibidos por una persona a partir de la lucha que emprende para sobreponerse tras vivir un evento traumático o altamente estresante.

A partir de esta definición, es posible deducir que una de las condiciones para que el CPT se produzca es que la persona haya vivido un evento severo y lo haya pasado mal. De ahí se desprende que el CPT no es algo que surja de inmediato, de hecho es más probable que en la contigüidad del evento la persona luche más bien por sobrevivir o aminorar su sufrimiento, y solo con la distancia que permite el tiempo, finalmente es capaz de reconocer estos nuevos aprendizajes.

Según Tedeschi y Calhoun (1996), estos cambios percibidos pueden darse en tres áreas de la vida (ver figura 2):

- a) Cambios en uno mismo: percibirse como una persona más segura de sí mismo, con más experiencia y capacidad para afrontar dificultades. Tras el terremoto del 2010, algunas personas percibieron que eran más fuertes que lo que creían, capaces no solo de sobrevivir por sí mismos sino también de auxiliar a otras personas.
- b) Cambios en las relaciones interpersonales: se percibe una mayor cercanía con otras personas, con mayor disponibilidad de redes sociales de apoyo. En el terremoto del 2010, varias personas señalaron haber cambiado su percepción respecto a sus vecinos, de quienes antes del evento poco sabían, pero durante la crisis se protegieron y ayudaron mutuamente. Además, familiares y amigos con los que habían perdido conexión, reaparecieron preocupados por su suerte.
- c) Cambios en la espiritualidad o en la filosofía de vida: se perciben cambios importantes en los componentes religiosos, espirituales y existenciales de sus filosofías de vida. Algunas personas que sobrevivieron al terremoto y el tsunami del 2010 sintieron que tenían otra conexión con Dios, otros valoraron su vida de una manera distinta, distinguiendo entre lo importante y lo superfluo.

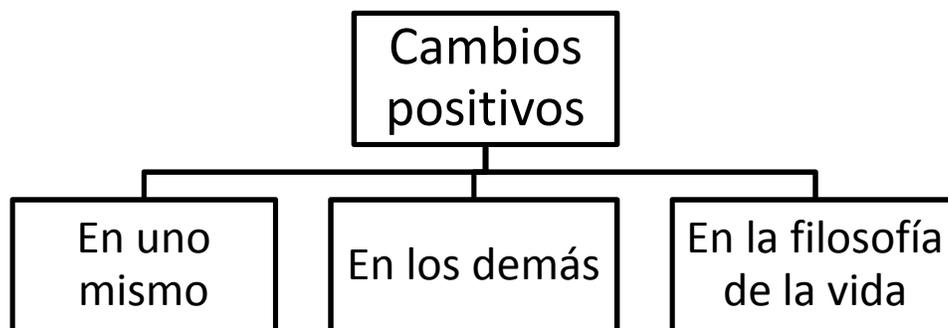


Figura 2: Áreas en las que se crece después de un trauma

CRECIMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA

Han existido hallazgos aparentemente contradictorios respecto de las consecuencias que el CPT tiene en el ajuste o adaptación (Vázquez, Castilla & Hervás, 2009), sobretodo porque algunos estudios muestran una correlación positiva entre sintomatología postraumática [SPT] o Trastorno de Estrés Postraumático [TEPT] con el CPT (García, Jaramillo; Martínez, Valenzuela & Cova, 2014; Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz & Solomon, 2009). En los estudios que realizamos con población expuesta al terremoto del 2010, en una muestra total de 726 personas, la correlación que encontramos entre CPT y SPT fue de $r=0,42$, lo que se considera no solo significativa sino también importante. En otro estudio, con 280 personas expuestas a varios tipos de eventos estresantes y que aún no publicamos, encontramos una correlación de $r=0,20$, también significativa aunque más baja que en personas que enfrentaron el terremoto. Esta relación ha llevado a que algunos autores sostengan que el CPT es más bien una ilusión (Hobfoll et al., 2007) o un sesgo cognitivo relacionado con un optimismo ingenuo frente a la adversidad (Levine et al., 2009) y que no se relaciona necesariamente con un mayor bienestar o calidad de vida. Nuestra postura al respecto es que esta asociación entre estrés postraumático y CPT tiene una clara explicación. Para nosotros, la experiencia de aprendizaje y crecimiento parece ocurrir justamente gracias al sufrimiento que produce el evento estresante.

Estudios más recientes, por otro lado, han mostrado una relación positiva entre CPT y ajuste psicológico, por ejemplo, en uno de nuestros estudios con personas afectadas por el terremoto, encontramos una correlación de $r=0,34$ con bienestar psicológico (García, Cova & Reyes, 2014); en este mismo grupo de participantes, observamos que el CPT predice bienestar psicológico (García, Villagrán, Wlodarczyk y Cova, 2015). Esto coincide con la revisión de Tennen y Afleck (2005) y el meta-análisis realizado por Helgeson, Reynolds y Tomich (2006), que nos muestran que el CPT se asocia con una menor depresión y un mayor bienestar psicológico.

FACTORES PREDICTORES DEL CPT

Uno de los desafíos más relevantes a la hora de estudiar el CPT es determinar cuáles son sus factores predictores, es decir, qué características de la persona, del evento o del afrontamiento, permiten predecir un mayor CPT. En la medida que los últimos hallazgos van en la tendencia de mostrar que un mayor CPT posibilita un mayor bienestar y una menor presencia de psicopatología en el largo plazo, entonces incentivar o intervenir

sobre esos factores podrían traer importantes consecuencias en la prevención de malestar tras vivir un acontecimiento traumático.

En las investigaciones que hemos realizado en Chile, hasta ahora en su mayoría de naturaleza transversal, hemos visto una serie de variables que se relacionan positivamente con un mayor CPT.

Haremos a continuación una revisión de cada uno de estos factores.

Severidad subjetiva del evento

Percibir que el evento fue severo, parece impactar positivamente sobre el CPT. Como ya señalé, esto se explicaría por el hecho que solo puede existir crecimiento si la persona califica como traumática su experiencia (Zoellner & Maercker, 2006; Helgeson et al., 2006), pues de este modo es posible aprender algo a partir de ésta. Por lo tanto la severidad del trauma sería un requisito del CPT, ya que probablemente la propia gravedad del evento conduzca a un fuerte cuestionamiento de creencias y sufrimiento, lo que propiciaría el crecimiento (Helgeson et al., 2006).

Incluso la severidad objetiva muestra menor relevancia que la severidad subjetiva en su relación con el CPT. Por ejemplo, Cordova et al. (2007) encontraron una relación positiva entre la valoración subjetiva de la gravedad del diagnóstico de cáncer y CPT, mientras que ninguna relación evidente entre medidas médicas de gravedad de la enfermedad y CPT. Estos estudios son congruentes con el modelo de Calhoun y Tedeschi (2006) el cual destaca que si el diagnóstico no es valorado inicialmente como grave por el sujeto, independiente de valoraciones objetivas, no habrá motivación de éste a reevaluar su vida y generar cambios positivos.

En estudios realizados en Chile, también hemos encontrado relaciones positivas entre severidad subjetiva del trauma y CPT en población expuesta al terremoto del año 2010 (García, Jaramillo et al, 2014; García, Cova et al., 2014). Al considerar el total de 1536 personas evaluadas en nuestros distintos estudios sobre el terremoto, encontramos una correlación de $r=0,45$ entre severidad subjetiva y CPT. Sin embargo, considerando que la severidad también muestra una fuerte relación con la SPT, es necesario distinguir los factores que median o moderan estas relaciones.

Optimismo

El optimismo es la tendencia que tienen algunas personas de tener expectativas de un resultado positivo y favorable en el futuro (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). Este optimismo parece reducir el impacto negativo de algunos eventos sobre las personas afectadas, observándose una correlación negativa con la SPT (Sumer, Karanci, Berument & Gunes, 2005; Vernberg et al., 2008), y con la ansiedad en población general (Pavez, Mena & Vera-Villaruel, 2012). A su vez, el optimismo influiría positivamente sobre el bienestar psicológico y subjetivo (Vera-Villaruel, Pavez y Silva, 2012).

Respecto al CPT, se ha encontrado una relación positiva con el optimismo en pacientes con distintos tipos de cáncer (Bozo, Gundogdu y Buyukasik-Colak, 2009; Ho et al., 2011). En nuestros estudios con población afectada por el terremoto del 2010 (García, Cova et al., 2014), observamos también una relación significativa positiva ($r=0,12$) e incluso moderando la relación con la severidad subjetiva, de tal modo que en los puntajes altos de optimismo se fortalece la relación positiva entre severidad y CPT, pero en niveles bajos de optimismo, no se observa una relación significativa entre las dos variables (García, Villagrán et al., 2015). En otras palabras, quienes consideran el desastre natural como un evento traumático y que alteró sus vidas, son capaces también de percibir cambios positivos a partir de dicha experiencia extrema sólo si son optimistas.

Apoyo social

Uno de los factores psicosociales que presenta una relación positiva más fuerte con el CPT es el apoyo social, definido como el conjunto de disposiciones instrumentales y expresivas percibidas o reales suministrados por diversas fuentes, entre las que destacan la familia, la pareja y los amigos (Zimet, Dahlem, Zimet & Farkley, 1988). Un alto nivel de apoyo social percibido, después de un hecho altamente estresante, disminuye su impacto cognitivo, permite regular mejor las emociones negativas, controlar conductas disfuncionales, reforzar las actividades de distracción y gratificantes, y resolver mejor los problemas prácticos (Prati & Pietrantonio, 2009).

Prati y Pietrantonio (2009) realizaron un metanálisis en el que se confirmó la relación positiva entre CPT y apoyo social ($r=0,26$). En Chile, en un estudio realizado por Avilés, Cova, Bustos y García (2014) con estudiantes universitarios que habían declarado la vivencia de un evento altamente estresante en los últimos cinco años, mostró que el

apoyo social era un predictor significativo de CPT en este grupo. En otro estudio, esta vez con personas que vivían en campamentos para damnificados tras el terremoto del 2010, también observamos una influencia significativa sobre el CPT (García, Páez, Cartes, Neira & Reyes, 2014).

Uno de los estudios más completos sobre CPT lo realizamos en Aysén (García et al., 2013), una ciudad austral y aislada del país ubicada en la Patagonia chilena, meses después que un movimiento ciudadano que buscaba una mejor calidad de vida para la población fuese duramente reprimida por la policía (ver Figura 3). En una muestra de 319 pobladores, encontramos que la búsqueda de apoyo social tenía una relación positiva con el CPT ($r=0,48$) y además era su predictor más importante controlando otras formas de vinculación social como el compartir social y la participación social (ver tabla 1).



Figura 3. Movilizaciones en Aysén, Chile, en contra de la represión (Fuente: Francisco Águila, EMOL)

Compartir social de la emoción

El compartir social de la emoción consiste en traducir una emoción a un lenguaje socialmente compartido y, al menos a un nivel simbólico, dirigirse a algún destinatario (Rime, Finkenauer, Luminet, Zech & Philippot, 1998). A través de la auto-revelación y compartir sus experiencias con otros, las personas pueden descubrir aspectos positivos del trauma del que no se habían percatado (Tedeschi & Calhoun, 2004), además de construir nuevas narrativas y modificar sus esquemas (Schexnaildre, 2011). Páez et al. (2011) destacan que la narración de un trauma y de la experiencia personal asociada

fuerza a los afectados a enfrentarse con el significado del trauma y reconstruir una visión con sentido de sí mismo y del mundo.

La relación entre compartir social y CPT ha sido sugerida por Calhoun, Cann y Tedeschi (2011), señalando que el compartir social influiría en el CPT indirectamente, mediado por la rumiación deliberada y el apoyo social, entre otros. En el estudio realizado por García, Jaramillo et al. (2014) con estudiantes expuestos al terremoto de Chile, se observó que el compartir social influía indirectamente sobre el CPT a través de procesos cognitivos de rumiación. En el estudio de García, Cova, Rincón, Vázquez y Páez (2016) con personas que perdieron su hogar en el terremoto del 2010, el compartir social influye en el CPT mediado por el afrontamiento centrado en el problema y la rumiación deliberada. En el estudio que realizamos con pobladores expuestos a la violencia social en Aysén (García et al., 2013), encontramos que el compartir social influye en el CPT, incluso controlando el apoyo social y la participación social (ver tabla 1).

Esta influencia también se ha encontrado en estudios longitudinales. Por ejemplo, Rimé, Páez, Basabe y Martínez (2010) encontraron relaciones bivariadas positivas entre compartir social y CPT en los tres tiempos, y observaron que el compartir social en un tiempo 2 es un predictor significativo de CPT en un tiempo 3.

Participación social

Otra forma de vinculación social, de gran relevancia cuando hablamos de movilizaciones ciudadanas, es la participación en manifestaciones públicas o acciones de resistencia. Velásquez y González (2003) entienden participación como un proceso social que resulta de la acción intencionada de individuos y grupos en busca de metas específicas relevantes para la comunidad. Beristain (1999) afirma que las experiencias de resistencia frente a la represión pueden considerarse como experiencias positivas de afrontamiento.

Un estudio realizado en Croacia observó que la participación frecuente en actividades sociales, tales como marchas y manifestaciones, se asociaba a menores síntomas de TEPT vinculados a la reciente guerra civil (Kunovich y Hodson, 1999). Otro estudio, realizado por Gasparre, Bosco y Bellelli, (2010), demostró que la participación en rituales colectivos por parte de las víctimas de genocidio en Guatemala, se relacionaba positivamente con el CPT; asimismo, los ritos fueron asociados a un mayor apoyo social y a un mayor compartir social del evento traumático.

En población chilena expuesta a la violencia social (García et al., 2013), observamos que la participación social, medida por su participación en marchas y asambleas, como en acciones de resistencia como barricadas o enfrentamientos con la fuerza policial, ejercía la segunda influencia más fuerte sobre CPT tras el apoyo social (ver tabla 1).

Religiosidad

La religiosidad parece ser un recurso personal, social y comunitario importante a la hora de enfrentar situaciones críticas. Por lo mismo, se le ha medido como una estrategia de afrontamiento, pero claramente es más que eso, pues se relaciona con el desarrollo espiritual, refuerza el sentido de identidad, entrega un marco de significado para los hechos de la vida, constituye una fuente de apoyo social, permite desarrollar un sentido de pertenencia y fomenta la participación en rituales sociales colectivos.

En nuestro país, resulta particularmente importante, quizás debido a la preeminencia del catolicismo durante siglos y el creciente aumento de población evangélica, una religión que genera compromisos intensos en su comunidad. De ese modo, los estudios muestran una relación fuerte entre religiosidad y bienestar en nuestro país, lo que ha sido bien documentado en Vargas et al. (2015). Su relación con el CPT ha sido menos estudiado pero sus resultados se muestran también consistentes, constituyéndose la religiosidad en uno de los predictores más importantes de CPT para esta población.

En el caso de eventos potencialmente traumáticos, la religiosidad sirve como un mecanismo de amortiguación y adaptación a las catástrofes, al otorgarle un sentido a hechos impredecibles e incontrolables (Páez, Basabe, Bosco, Campos, & Ubillos, 2011). Tras el terremoto de El Salvador el año 2001, un 87% de la población encuestada manifestó haber hecho uso de sus creencias religiosas para afrontar la situación (Vázquez Cervellón, Pérez-Sales, Vidales & Gaborit., 2005). Tras el terremoto de Chile del año 2010, una sobreviviente sepultada por escombros relató que el apoyo en Dios le permitió sostenerse en los momentos más duros de esa experiencia, afrontar la incertidumbre de lo que iba a ocurrir, otorgar consuelo y dar un sentido a lo que estaba viviendo (García, 2013).

En relación al CPT, los meta-análisis de Helgeson et al. (2007) y de Prati y Pietrantonio (2009) identifican a la religiosidad y espiritualidad como uno de los factores que influyen en su desarrollo. Campos et al. (2004) constataron que las personas que más rezaban,

una semana después del atentado terrorista de Madrid del 11-M, buscaban más apoyo social y reevaluaban o reconstruían más positivamente lo ocurrido. También se ha encontrado una relación positiva entre afrontamiento religioso y CPT en pacientes con cáncer (Urcuyo, Boyers, Carver & Antoni, 2005) y en sobrevivientes de un desastre natural (Bosson, Kelley, & Jones, 2012). En nuestros estudios hemos encontrado una asociación significativa entre el afrontamiento religioso y CPT en personas expuestas a la violencia social ($r=0,24$), siendo además un predictor significativo, controlando el apoyo, la participación o el compartir social de la emoción (ver tabla 1) (García et al., 2013). También hemos encontrado que en población expuesta al terremoto de Chile, la participación en rituales espirituales es un predictor importante de CPT, aunque mediado por la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento comunal (Włodarczyk et al., 2015). En el estudio de Avilés et al. (2014) con estudiantes universitarios chilenos, la religiosidad fue incluso un mayor predictor de CPT que el apoyo social.

Tabla 1: Predictores de CPT en población afectada por violencia policial ($n=319$; $R^2=0,33$)

	Coeficientes estandarizados		no Coeficientes tipificados	
	B	Error típ.	Beta	t
(Constante)	15,30	6,02		2,542
Compartir social	1,28	0,46	0,20	2,772**
Participación social	1,61	0,49	0,24	3,259***
Búsqueda de apoyo social	5,89	1,15	0,34	5,129***
Religiosidad	1,93	0,90	0,14	2,152*

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Sin embargo, Pargament, Feuille y Burdzy (2011) advierten que el afrontamiento religioso es multivalente pues también puede conducir a resultados perjudiciales. Así, distinguen entre el afrontamiento religioso positivo y negativo, donde el primero se relaciona al apoyo espiritual y la purificación religiosa. La segunda, en cambio, hace referencia a una apreciación religiosa punitiva y al descontento espiritual.

En un estudio que realizamos con personas que vivían en campamentos post-terremoto (García, Páez et al., 2014), encontramos que la religiosidad positiva es un predictor de CPT incluso controlando el apoyo social, y que la religiosidad positiva mediaba totalmente la relación entre severidad subjetiva del evento y el CPT. En cambio, la religiosidad negativa no tenía ninguna relación con CPT. En un segundo estudio aún no publicado,

realizado con 210 personas expuestas a todo tipo de eventos estresantes, observamos que la religiosidad positiva mostraba una correlación significativa con el CPT ($r=0,50$), en cambio la religiosidad negativa no mostraba relación alguna con el CPT, Este estudio, de naturaleza longitudinal, también nos mostró que la religiosidad positiva medida en el primer tiempo era un predictor significativo del aumento en el CPT medido 6 meses después, controlando también la influencia de la búsqueda de apoyo social. Por su parte, la religiosidad negativa mostraba ser una influencia negativa en el aumento del CPT.

Afrontamiento centrado en el problema

Con la palabra afrontamiento hacemos referencia a los esfuerzos cognitivos y de comportamiento para dominar, reducir o tolerar las demandas internas y externas de un evento estresante (Lazarus y Folkman, 1986). El afrontamiento tiene dos funciones principales: tratar con el problema que causa la angustia (afrontamiento centrado en el problema) y la regulación de las emociones (afrontamiento centrado en la emoción). Recientes investigaciones han sugerido que las estrategias de afrontamiento son componentes claves de la vía que conduce al CPT (Bussel y Naus, 2010).

Rajandram, Jenewein, McGrath y Zwahlen (2011) revisaron estudios que relacionaban estrategias de afrontamiento y CPT en pacientes con cáncer. Establecieron que el afrontamiento centrado en el problema, se relacionaba al CPT. Para Stanton, Bower y Low (2006), si la persona no afronta activamente su situación en el futuro, el TEPT y el malestar se mantendrán en el tiempo, pues en última instancia es el afrontamiento centrado en la resolución del problema el que promueve resultados positivos.

En investigaciones realizadas tras el conflicto social de Aysén (García et al., 2013), observamos que el afrontamiento activo era una de las estrategias que tenían una influencia más importante sobre el CPT. En población afectada por el terremoto de Chile, hemos encontrado influencia significativa sobre el CPT del afrontamiento centrado en el problema (García y Cova, 2013). En el estudio de Avilés et al. (2014) con estudiantes universitarios, observamos que focalizarse en la solución del problema, constituía un predictor importante del CPT.

Al parecer, es justamente el uso de estrategias de afrontamiento diferentes lo que permite finalmente distinguir los procesos que conducen al CPT y a la SPT (Park, Aldwin, Fenster y Snyder, 2008). Por ejemplo, en el estudio en el que evaluamos las distintas vías que

conducen al CPT y al TEPT, a través de un modelamiento con ecuaciones estructurales, observamos que el afrontamiento activo conduce al CPT pero no a la SPT (García y Cova, 2013).

Rumiación

La rumiación es un tipo de pensamiento repetitivo, que puede ser constructiva o no constructiva (Watkins, 2008). En la rumiación relacionada a la depresión, ha podido distinguirse entre una focalizada en las emociones y experiencias negativas, llamada “brooding”, y otra centrada en la solución de sus problemas y el análisis de las dificultades vividas, llamada “rumiación reflexiva” (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003), la primera más altamente relacionada a la depresión que la segunda, aun cuando ambas presentan una correlación fuerte entre ellas (Cova, Rincón & Melipillán, 2009).

Respecto a la relación entre la rumiación y eventos traumáticos, Weiss y Berger (2010) afirman que ésta se desencadena ante la necesidad de revisar o restablecer las creencias que constituyen los supuestos individuales acerca del mundo y que han sido quebrados o alterados por estos eventos, principalmente con el fin de establecer comprensibilidad. Por ese motivo, Tedeschi (1999) ha planteado que la rumiación sobre un trauma puede promover el CPT.

Los estudios muestran que el brooding presenta una asociación positiva con la SPT (Michael, Halligan, Clark y Ehlers, 2007) y con la sintomatología ansiosa (Pimentel & Cova, 2011). Por otro lado, los estudios que evalúan la relación entre brooding y CPT son escasos, observándose más bien una falta de relación o una relación negativa en personas que habían sufrido la muerte traumática de un ser querido (David, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998).

Con el objetivo de evaluar la relación entre el brooding, la reflexión y el CPT, Stockton, Hunt y Joseph (2011) llevaron a cabo un estudio con personas que habían manifestado haber vivido una experiencia traumática. Los resultados mostraron una correlación negativa entre brooding y CPT y positiva entre la rumiación reflexiva y el CPT, pero dichas relaciones eran débiles. Asimismo, en el estudio de Avilés et al. (2014) observamos una relación directa significativa entre reflexión y CPT ($r=0,14$) y no significativa entre brooding y CPT.

Otros autores han desarrollado una nueva forma de caracterización de los procesos rumiativos, más relacionada a la exposición a eventos potencialmente traumáticos, y que se solapa solo parcialmente con la noción de brooding y reflexión, distinguiendo entre rumiación intrusiva y deliberada (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 2000). La primera se define como la invasión no-solicitada de pensamientos acerca de una experiencia y que uno no elige traer a la mente (Cann et al., 2011); la rumiación deliberada, en cambio, supone un esfuerzo más premeditado centrado en el manejo de la situación (Taku, Cann, Tedeschi & Calhoun, 2009).

Hasta el momento, la evidencia sobre la relación entre la rumiación intrusiva y el CPT ha sido inconsistente, aunque sí se ha observado una relación más clara con el malestar psicológico y el TEPT (Kane, 2009); en cambio, la rumiación deliberada muestra una relación positiva fuerte con el CPT (Morris y Shakespeare-Finch, 2011). Stockton et al. (2011), diseñaron un estudio para evaluar qué tipo de rumiación tiene una mayor relación con el CPT, concluyendo que el único predictor significativo de CPT era la rumiación deliberada.

En los estudios que hemos realizado en Chile, observamos que la rumiación intrusiva, si bien tiene una correlación positiva con CPT, solo conduce a ella si luego se transforma en una rumiación más deliberada; en caso de persistir con una rumiación intrusiva, ésta conduce a la SPT (García & Cova, 2013). Además, en otros análisis con el mismo estudio (García et al., 2016) se observa que la rumiación deliberada es un mediador total o parcial de otras estrategias como la severidad subjetiva, el compartir social de la emoción, la rumiación intrusiva y el afrontamiento activo, con el CPT, lo que refleja su relevancia a la hora de transformar una experiencia traumática en aprendizaje.

Una de las perspectivas interesantes en el estudio del CPT y su relación con la rumiación, lo estamos desarrollando actualmente a través de estudios longitudinales. En el estudio con 210 personas adultas expuestas a eventos estresantes, evaluamos la influencia de los cuatro tipos de rumiación (brooding, reflexiva, intrusiva y deliberada) sobre el aumento en el CPT medido 6 meses después. El análisis de la regresión, aún no publicado, muestra que el único predictor significativo del aumento en el CPT es la rumiación deliberada, confirmando lo señalado en los estudios anteriores ya mencionados, de naturaleza transversal.

IMPLICACIONES PARA LA CLÍNICA

Como señalamos anteriormente, el conocimiento de las variables que influyen en el CPT podría ayudarnos a promover respuestas más apropiadas frente a eventos altamente estresantes, así como prevenir el malestar que generalmente se asocia a estas experiencias, como son el TEPT, la depresión y el consumo de sustancias y alcohol, entre otros (García, 2011).

En base a los resultados obtenidos en Chile, me atrevo a realizar una serie de recomendaciones que pueden ser incluidas en educación general de la población en zonas de potenciales desastres o incorporados dentro de procesos psicoterapéuticos más específicos. Estas sugerencias son:

- 1) Incentivar el optimismo. Esto no es tan fácil, a pesar de la abundancia de textos que dan cuenta de métodos para inculcar optimismo desde la infancia (Seligman, 1998a, 1998b). Su dificultad radica en que la educación del optimismo parte desde el hogar y luego en la escuela, y el cambio cultural de enfocarse más en los aspectos positivos que en los negativos parece ser titánico, más aún en una sociedad que enfatiza más bien las dificultades de los niños que sus habilidades. Por otro lado, los estudios sobre sesgos atencionales (Duque, Sánchez & Vázquez, 2015) muestran que quienes se enfocan en aspectos más positivos de su experiencia (caras alegres) manifiestan menos depresión que quienes se enfocan en aspectos más negativos (caras tristes). Esto nos obliga a incluir en los procesos de psicoterapia intervenciones que busquen modificar el sesgo negativo de los consultantes orientándolos hacia aquellas partes de su experiencia en el que el problemas no ha estado presentes (excepciones) o permitiéndoles descubrir las habilidades que han usado o desarrollado para enfrentar los momentos difíciles. Estas formas de intervención, las ha desarrollado fuertemente la terapia centrada en la solución o la terapia narrativa (García & Schaefer, 2015).
- 2) Conectar con redes de apoyo social. Cuando trabajemos con una persona, familia o comunidad expuesta a eventos altamente estresantes, debemos fomentar en ellos la conexión con sus redes sociales disponibles, en los que la familia, los amigos, los vecinos y los pares (personas que han vivido lo mismo) son probablemente las fuentes más cercanas e importantes de apoyo. Si la persona se encuentra desconectada, lo que es característico en traumas más individuales como el abuso o violación, debemos promover su incorporación a otros grupos, como comunidades religiosas y grupos de auto-ayuda, entre otros.

- 3) Facilitar el compartir social de la emoción. Debemos generar espacios dentro de los mismos procesos de psicoterapia como dentro de sus redes, para que la persona pueda contar lo que desee contar acerca de su experiencia, así como expresar libremente sus emociones en un ambiente de aceptación y contención. Brindar los espacios no equivale a incentivar la expresión “a como dé lugar” como sugieren algunos procedimientos que han mostrado efectos iatrogénicos como el debriefing (Aulagnier, Verger & Rouillon, 2004).
- 4) Fomentar la participación social en actividades que empoderen a la persona, a su grupo social o comunidad. Si bien los resultados de los estudios que se han hecho al respecto son aún incipientes, lo que por ahora sabemos es que si una persona va a ser directamente afectada por una política de gobierno, una agresión medioambiental o una acción represiva institucional, el quedarse de brazos cruzados no parece aportar a su crecimiento. En palabras simples, si te va a tocar, es mejor luchar.
- 5) Incentivar el afrontamiento religioso o espiritual. Ayudar a la persona a conectarse con su fe, buscar explicaciones a lo ocurrido dentro de sus creencias, participar en actividades o rituales de su comunidad religiosa, buscar el apoyo de figuras significativas dentro de su religión o realizar prácticas religiosas habituales como el rezo o la oración, parecen ser vías apropiadas para permitir el crecimiento o aprendizaje luego de una experiencia extrema.
- 6) Incitar el afrontamiento activo o centrado en el problema. Así como debe permitirse la expresión emocional en caso que la persona lo requiera, también debe promoverse afrontar directamente las causas o consecuencias del evento estresante al que estuvo la persona sometida. Las personas, cuando enfrentan hechos que constituyen una amenaza, hacen cosas para sobrevivir. Reconocer cuáles fueron estas acciones que le permitieron enfrentar o superar la adversidad, o salir adelante a pesar de ellas, a partir de preguntas de afrontamiento (Beyebach, 2006), así como dirigir a la persona a realizar actividades concretas a fin de que logre tomar el control, de su situación, parecen ser acciones útiles para crecer tras un trauma.
- 7) Promover la rumiación deliberada. La rumiación o pensamientos repetitivos sobre un evento estresante parece ser una respuesta común tras haber experimentado un trauma. La sensación de que no existe control sobre los pensamientos negativos reduce la agencia personal de la persona y puede generar desesperanza. Si bien este tipo de pensamiento es esperable dadas las circunstancias, la persona debe luego centrarse en cómo explicar y qué hacer frente a la situación, lo que lo obliga a

detenerse a pensar. En las terapias sistémicas breves (García & Schaefer, 2015) existe una técnica llamada prescripción del síntoma que consiste, grosso modo, en pedirle a personas que manifiestan síntomas sobre los que no tienen control que luego lo produzcan ellos mismos en forma deliberada. Es decir, si las personas tienen pensamientos repetitivos y descontrolados, se les puede prescribir que dejen un espacio en el día en el que puedan llamar voluntariamente a estos pensamientos, para “dialogar con ellos, “escuchar lo que quieren decir” o simplemente “dejarlos estar”. Los resultados de nuestros estudios entregan una base científica para explicar por qué estas técnicas funcionan.

CONCLUSIONES

En este capítulo hemos revisado el concepto de CPT como una respuesta posible tras haber experimentado un evento crítico o amenazante, más allá de los trastornos mentales que han sido objetivos más frecuente en las investigaciones sobre estos eventos. Si bien existen estudios que reflejan los efectos positivos del crecimiento en el largo plazo, asociado a mayor bienestar y menor depresión o TEPT, estos son incipientes, constituyendo un deber el generar diseños de estudio de tipo experimental o longitudinal que confirmen estas asociaciones.

Hemos descubierto en nuestros estudios realizados en Chile, que existe una serie de variables asociadas al crecimiento que se deben destacar y en la medida que conozcamos los mecanismos psicológicos o sociales por los cuales actúan, podremos también incentivarlos en las personas expuestas a eventos estresantes. Por ejemplo, si bien detectamos que la severidad subjetiva del evento predice CPT, lo hace mediado por variables como el optimismo, la religiosidad positiva y la rumiación deliberada. Otras estrategias que aportan son el apoyo social, el afrontamiento activo, el compartir social de la emoción y la participación en acciones colectivas de carácter más secular.

El desafío ahora es seguir profundizando en estos estudios, buscando diseños más complejos que entreguen respuestas contundentes que nos permitan tomar medidas claras y acciones efectivas para apoyar a las personas y comunidades expuestas a situaciones difíciles.

REFERENCIAS

- Aulagnier, M., Verger, P., & Rouillon, F. (2004). [Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders]. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 52(1), 67-79.
- Avilés, P., Cova, F., Bustos, C. & García, F. (2014). Afrontamiento y rumiación frente a eventos adversos y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 20(2), 281-292.
- Beristain, C. (1999). Afirmación y resistencia. La comunidad como apoyo. En P. Pérez-Sales (Ed.), *Actuaciones psicosociales en Guerra y violencia política* (pp. 55-68). Madrid: Ex-libris.
- Beyebach, M. (2006). *24 Ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bosson, J., Kelley, M.L., & Jones, G. (2011). Deliberate cognitive processing mediates the relation between positive religious coping and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 17, 439-451.
- Bozo, O., Gundogdu, E., & Buyukasik-Colak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism—posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 1009–1020.
- Bussell, V. & Naus, M. (2010). A Longitudinal Investigation of Coping and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 61-78.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G & McMillan, J. (2000) A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 521-527.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. En L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 3–23). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L.G., Cann, A., & Tedeschi, R.G. (2011). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In T. Weiss y R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice* (pp.1-14). New York: Wiley & Sons.
- Campos, M., Páez, D., Fernández- Berrocal, P., Igartúa, J., Mendez, D., Moscoso, S., Palomero, C., Perez, J., Rodríguez, M., Salgado-Velo, J., & Tasado, C. (2004) Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia a las manifestaciones del 11-M. *Ansiedad y Estrés*, 10, 1-12.
- Cann, A., Calhoun, L.G. , Tedeschi, R.G. , Triplett, K., Vishnevsky, T. & Lindstrom, C. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*, 24, 137-156.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.

- Cordova, M., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V. & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308–319.
- Cova, F., Rincón, P. & Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27, 155-160.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Duque, A., Sánchez, A., & Vázquez, C. (2014). Gaze-fixation and pupil dilation in the processing of emotional faces: The role of rumination. *Cognition and Emotion*, 28(8), 1347-1366.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behavior, Research, and Therapy*, 41, 1–10.
- García, F. (2011). Prevention of psychopathological consequences in survivors of tsunamis. In: M. Mokhtari [Ed.], *Tsunami: A Growing Disaster* (211-232). Rijeka, Croatia: InTech.
- García, F. (2013). Bajo los escombros: estrategias de sobrevivencia en una mujer afectada por un terremoto. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 9, 1-22.
- García, F., Capponi, C., Hinrichs, F., Lillo, F., Rodríguez, C., & Sánchez, J. (2013, julio). *Conflicto social y crecimiento post-traumático en una comunidad aislada del sur de Chile*. Ponencia presentada en el XXXIV Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, Brasilia, Brasil.
- García, F. & Cova, F. (2013, julio). *Afrontamiento, sintomatología postraumática y crecimiento postraumático en personas que perdieron su hogar por un terremoto*. Ponencia presentada en el XXXIV Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, Brasilia, Brasil.
- García, F., Cova, F., & Reyes, A. (2014). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychologica*, 13(2), 15-24.
- García, F., Cova, F., Rincón, P., Vázquez, C. & Páez, D. (2016). Coping, rumination and posttraumatic growth in people affected by an earthquake. *Psicothema*, 28(1). DOI: 10.7334/psicothema2015.100
- García, F., Jaramillo, C., Martínez, A.M., Valenzuela, I. & Cova, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: Estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20, 121-130.
- García, F., Páez, D., Cartes, G., Neira, H. & Reyes, A. (2014). Religious coping, social support and subjective severity as predictors of posttraumatic growth in people affected by the earthquake in Chile on 27/F 2010. *Religions*, 5, 1132-1145.

- García, F. & Schaefer, H. (2015). *Manual de técnicas de psicoterapia breve. Aportes desde la terapia sistémica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- García, F., Villagrán, L., Wlodarczyk, A. & Cova, F. (2015). Perspectivas acerca del crecimiento postraumático. En: J. C. Oyanedel, M. Bilbao & D. Páez [Eds.], *La felicidad de los chilenos. Estudios sobre bienestar* (pp. 107-126). Santiago de Chile: RIL.
- Gasparre, A., Bosco, S. & Bellelli, G. (2010). Cognitive and social consequences of participation in social rites: Collective coping, social support, and post-traumatic growth in the victims of Guatemala genocide. *Revista de Psicología Social*, 25, 35-46.
- Helgeson, V., Reynolds, K. A. & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of Benefit Finding and Growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-806.
- Hobfoll, S. E., Hall, B., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R., & Palmieri, P. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 345–366.
- Kane, J. (2009). *An examination of a two-factor model of rumination and its impact on the relationship between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder (PTSD)*. (Dissertation of Doctor). George Mason University, USA.
- Kunovich, R. & Hodson, R. (1999). Civil war, social integration and mental health in Croatia. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 323-343.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Levine, S., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y. & Solomon, Z. (2009) Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 282–286.
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 307-317.
- Morris, B. & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 1176–1183.
- Páez, D., Basabe, N., Bosco, S., Campos, M. & Ubillos, S. (2011). Afrontamiento y violencia colectiva. En D. Páez, C. Martín Beristain, J.L. González, N. Basabe y J. Rivera (Eds.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*, 279- 309. Madrid: Editorial Fundamentos
- Páez, D, Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. & Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: Posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. En: D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe & J. De Rivera (Eds.). *Superando la Violencia Colectiva y Construyendo Cultura de Paz* (311-339). Madrid: Fundamentos.

- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2, 51-76.
- Park, C. L., Aldwin, C., Fenster, J. & Snyder, L. (2008) Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, terrorist attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*. 78, 300- 312.
- Pavez, P., Mena, L., & Vera-Villarroel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11, 369-380.
- Pimentel, M. & Cova, F. (2011). Efectos de la rumiación y la preocupación en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 29, 43-52.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388.
- Rajandram, R. K., Jenewein, J., McGrath, C. & Kwahlen, A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. *Support Care Cancer*, 19, 583-589.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. & Philippot, P. (1998). Social sharing of emotion: New evidence and new questions. *European Review of Social Psychology*, 9, 145-189
- Rimé, B., Páez, D., Basabe, N. & Martínez, F. (2010). Social sharing of emotion, post-traumatic growth, and emotional climate: Follow-up of Spanish citizen's response to the collective trauma of March 11th terrorist attacks in Madrid. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1029–1045.
- Schexnaildre, M. (2011). *Predicting posttraumatic growth: Coping, social support, and posttraumatic stress in children and adolescents after Hurricane Katrina*. (Thesis of Master). Louisiana State University, USA.
- Seligman, M. E. (1998a). *Aprenda optimismo: Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- Seligman, M. E. (1998b). *Niños optimistas: Cómo prevenir la depresión en la infancia*. Barcelona: Grijalbo.
- Stanton A., Bower J. & Low, C. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. Calhoun & R. Tedeschi (Eds). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (pp. 138–175). New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stockton, H., Hunt, N. & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 85–92.
- Sumer, N., Karanci, N., Berument, S. & Gunes, H. (2005). Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 331–342.

- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across U.S. and Japanese samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 129-136.
- Tedeschi, R.G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319-341.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tennen, H. & Affleck, G. (2005): Benefit-finding and benefit-reminding. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds.): *Handbook of Positive Psychology*. (pp.584-597). Oxford: Oxford University Press.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy & Research*, 27, 247-259.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175-192.
- Vargas, S., Vargas, F., Torres, J., Bilbao, M.A., García, F., Oyanedel, J.C. & Páez, D. (2015). Bienestar y religión en Chile. En: J. C. Oyanedel, M. Bilbao & D. Páez [Eds.], *La felicidad de los chilenos. Estudios sobre bienestar* (pp. 151-166). Santiago de Chile: RIL.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez-Sales, P., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 313-328.
- Vázquez, C., Castilla, C. & Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.). *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Velásquez, F. & González, E. (2003). *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Bogotá: Fundación Corona.
- Vera-Villarroel, P., Páez, P. & Silva, J. (2012). El rol predisponente del optimismo: Hacia un modelo etiológico del bienestar. *Terapia Psicológica*, 30, 77-84.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., Layne, C., Pynoos, R. & Ruzek, J. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 381-388.
- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Weiss, T. & Berger, R. (2010). *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. New York, NY: Wiley & Sons.

Włodarczyk, A., Basabe, N., Páez, D., Amutio, A., García, F. Villagrán, L., & Reyes, C. (2015) Communal coping, participation in collective gatherings and rituals, posttraumatic growth and social well-being in the aftermath of a collective trauma: the case of 2010 Chilean earthquake. *European Journal of Education and Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejeps.2015.08.001>

Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Post-traumatic growth in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.