

## TRAUMA, PERSONALIDAD Y RESILIENCIA. UNA VISIÓN APROXIMADA DESDE LA PSICOTERAPIA BREVE INTEGRADA

### TRAUMA, PERSONALITY AND RESILIENCE. AN APPROXIMATE VIEW FROM INTEGRATED BRIEF PSYCHOTHERAPY

**Juan Saldaña García**

Psicólogo

Máster en Psicoterapia Breve por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia y la Universidad San Jorge

**Resumen:** En las últimas décadas se está produciendo una reconceptualización del trauma o acontecimiento traumático, pasando de entender este suceso como algo extraordinario, como indicaba la *American Psychiatric Association* (APA) en 1980, a vivirlo en un ámbito de ocurrencia normal, dentro de la experiencia humana. Para comprender este fenómeno en su justa magnitud y desde una perspectiva integradora, cobra especial importancia su íntima relación con la personalidad (nuestra forma de ser, sentir o actuar) y la resiliencia (capacidad humana que favorece la superación de los hechos traumáticos); abordándolo desde la expresión de tres procesos psicológicos que se tornan fundamentales en este ámbito: el estrés, la emoción y la memoria.

Desde esta perspectiva, la Psicoterapia Breve Integrada (PBI) promueve estrategias de intervención basadas en la consecución de un cambio significativo hacia el aumento y refuerzo de los recursos de la persona que le aporten seguridad y bienestar sobre sí mismo y/o sobre el mundo.

*Palabras clave:* Trauma, Personalidad, Resiliencia, Estrés, Emoción, Memoria, Disociación, y Psicoterapia Breve Integrada (PBI)

**Abstract:** In recent decades is producing a reconceptualization of trauma going to understand this event as something extraordinary, as indicated by the American Psychiatric Association (APA) in 1980 to understand it in an area of normal occurrence within the human experience. To understand this phenomenon in its proper magnitude and from an integrative perspective, special importance is its intimate relationship with the personality (our way of being, feeling or acting) and resilience (human capacity that promotes overcoming traumatic events); approaching it from the expression of three psychological processes that become critical: stress, emotion and memory. From this perspective, the Integrated Brief Psychotherapy promotes intervention strategies based on the achievement of a significant shift towards increasing and strengthening the resources of the person who will provide security and well-being of himself and/or the world.

*Keywords:* Trauma, Personality, Resilience, Stress, Emotion, Memory, Dissociation, and Integrated Brief Psychotherapy

## TRAUMA

¿Qué entendemos por trauma? Tomando como referencia a Pierre Janet (1894, 1919), que fue un visionario del trauma, podemos definirlo como “el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona”.

Avanzando en la complejidad de este constructo, trauma procede del griego y significa “herida”. Así, podemos entenderlo como “un acontecimiento que *hiere* nuestro sentido de la seguridad y del bienestar, y que nos llena de creencias falsas o destructivas sobre nosotros mismos y/o sobre el mundo” (Aznárez, 2012).

Podemos entender que el trauma supone una situación de estrés, agudo o crónico, que produce un impacto de consecuencias negativas y que puede llevar asociado un significado simbólico que determine las consecuencias del mismo. Por tanto, todos los sucesos adversos de la vida son susceptibles de producir impacto traumático.

El denominador común del trauma psicológico es un sentimiento de inmenso miedo, de indefensión, de pérdida de control y de amenaza de aniquilación. Podemos decir, por tanto, que los acontecimientos traumáticos destrazan los sistemas de protección normales que dan a las personas una sensación de control, de conexión y de significado.

Desde esta perspectiva lo importante es el modo en que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. El hecho marcará un antes y un después. Esa fractura es lo que lo define como *traumático*. El modo en que resulte afectada la persona dependerá de su historia personal (sistema de creencias previo), el tipo de situación traumática, las circunstancias que la rodearon y qué esquemas cognitivos sean centrales en el armazón del individuo (cuáles son aquellos que le identifican y definen en mayor medida como *ser en el mundo*).

En la infancia, muchas amenazas percibidas provienen más de las señales afectivas y de la accesibilidad del cuidador que del nivel real de peligro físico o el riesgo para la supervivencia (Schuder y Lyons-Ruth, 2004). Una forma de traumatización que a menudo se pasa por alto son los llamados “traumas ocultos” que se refieren a la incapacidad del cuidador para modular la desregulación afectiva (Schuder y Lyons-Ruth, 2004). Tomando como referencia los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el DSM-IV-TR (APA, 2000), lo esencial en la sintomatología postraumática es la oscilación entre la reexperimentación del trauma (criterio B) y la evitación del mismo (criterio C). Breuer y Freud, 1893; Brewin, 2003; Janet, 1904; Kardiner, 1941; Myers, 1940; Nijenhuis y Van der Hart, 1999; Van der Kolk y Van der Hart, 1991.

Al tiempo, se observa un solapamiento de síntomas entre TEPT y otros trastornos que tienen el trauma como situación común a todos ellos y la disociación como mecanismo de defensa ante la imposibilidad de integración de la experiencia traumática, que facilita poder seguir viviendo con esquemas anteriores a costa de expulsar de la conciencia una parte dolorosa de la experiencia. Estos trastornos son: Trastornos afectivos; Trastornos psicóticos; Trastorno de la personalidad; Trastorno uso de sustancias; Trastorno de angustia; Trastorno de somatización; TOC; Trastorno disociativo (Van der Kolk, 2000).

En 1980, la APA consideró los acontecimientos traumáticos como fuera de la experiencia humana habitual. Según estudios recientes, en la actualidad el trauma en la infancia y la adolescencia es tan común como para considerarlo normativo; considerándose extraordinarios en la medida en que superan las capacidades adaptativas habituales de los seres humanos a la vida.

Observamos que el estrés, como proceso psicológico que se activa cuando se percibe algún cambio en las condiciones ambientales está en la base del hecho traumático. Cuando una situación es ambigua, desbordante, requiere la movilización de recursos psicológicos adicionales e incluso es amenazante o dañina; es cuando se moviliza el proceso de estrés.

## ESTRÉS

El estrés no es un concepto simple y estático: implica un conjunto complejo de variables que funcionan a diferentes niveles y que interaccionan entre sí diacrónicamente.

La perspectiva que ofrece la teoría cognitivo-relacional en el estudio del estrés fue formulada por Lazarus y Folkman y desarrollada a lo largo de los años ochenta (Lazarus, 1981; Lazarus y Folkman, 1986, 1987; Lazarus y Launier, 1978). Basándonos en este enfoque interaccional, se toma en consideración el *modelo procesual* del estrés (Sandín, 1993 y 2008) como marco de referencia que pretende ser integrativo de las aportaciones de diferentes perspectivas teóricas y metodológicas.

Este modelo incluye los componentes siguientes: demandas psicosociales, evaluación cognitiva, respuesta de estrés, afrontamiento, características personales, características sociales y estado de salud. En él se distingue entre variables situacionales estresantes (sucesos vitales, sucesos menores, y estresores crónicos), variables mediadoras (evaluación cognitiva y afrontamiento), respuesta de estrés (emocionales y fisiológicas), variables moduladoras (características personales y sociales) y el estatus de salud como resultado del estrés. Uno de los fundamentos en los que se basa este modelo, para poder comprender el estrés, es la consideración conjunta de la persona y el entorno; de manera que la relación establecida entre ambos sistemas constituye la unidad de análisis.

Desde este marco, el estrés psicológico se define como “una relación particular entre el individuo y el entorno, el cual es evaluado por aquél como amenazante o desbordante para sus recursos, y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, pag. 43). El estrés, por lo tanto, no se corresponde exclusivamente con las características que tenga el individuo o el entorno, sino que representa un tipo de relación, y más concretamente un tipo de evaluación: la que establece la persona con respecto a cada situación.

Otro aspecto básico de esta teoría es que contempla el estrés, así como los mecanismos de evaluación y afrontamiento que éste comporta, como procesos dinámicos (Lazarus y Folkman, 1987). Esto quiere decir, en primer lugar, que el estrés, la evaluación y el afrontamiento pueden variar conforme se modifique la relación que establece la persona con el entorno. De hecho la esencia del estrés, de los procesos de valoración y del afrontamiento consiste, para estos autores, en que son fenómenos cambiantes; ya que si una persona considera que está corriendo algún riesgo, es necesario que lleve a cabo algún cambio (bien dentro de ella o bien en el entorno), con el fin de aminorar esa amenaza y volver a restablecer una relación de equilibrio con el entorno.

En segundo lugar, hablar del estrés como un proceso dinámico supone considerar que la relación entre el individuo y el entorno es bidireccional; o sea, la persona tiene capacidad para afectar al entorno, y lo que ocurra en el entorno, a su vez, también va a influir sobre la persona. Así por ejemplo, en el transcurso de una situación estresante, como puede ser hacerse un análisis de sangre, una persona puede sentirse inicialmente ansiosa, si percibe esa prueba clínica como estresante. Si, conforme le estén realizando el análisis, trata de distraerse o de minimizar la gravedad de la situación, podrá llegar a sentirse algo más confiada y tranquila; y en consecuencia será capaz de pasar esta prueba con un grado de molestia mucho más bajo de lo que habría sido esperable inicialmente.

La teoría de Lazarus y Folkman identifica dos clases de procesos que nos permiten comprender por qué para unas personas determinados acontecimientos resultan estresantes, mientras que para otras no. Dichos procesos son: (a) la valoración cognitiva que se haga de dichos acontecimientos, y de los recursos personales disponibles para hacerles frente; y (b) las estrategias de afrontamiento que se pongan en marcha para manejar esos sucesos. Tanto la valoración cognitiva como las estrategias de afrontamiento actúan como factores mediadores en esa relación de estrés que se establece entre la persona y la situación; determinando, en gran medida, el tipo de consecuencias que se deriven de esa interacción.

El afrontamiento se entiende habitualmente como un concepto que implica los esfuerzos cognitivos y/o conductuales dirigidos a dominar el estrés, bien tratando de modificar las fuentes

inductoras del mismo, o bien para reducir o suprimir el estado de malestar asociado a la respuesta de estrés (fatiga y/o distress). Por tanto, debe tenerse en cuenta que afrontamiento generalmente no significa habituación o supresión del estrés. Se puede decir que el afrontamiento constituye el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores (tratando de eliminarlos o reducir su nivel de amenaza) como a sus propias respuestas fisiológicas, psicológicas o sociales (Sandín, 2003, 2008).

Un afrontamiento eficaz del estrés podría influir por retroalimentación negativa sobre la valoración cognitiva de la situación, así como sobre la propia situación psicosocial. Una relación muy estrecha ocurre entre el afrontamiento y los componentes psicológicos y fisiológicos de la respuesta de estrés. En ciertas circunstancias resulta difícil separar una reacción emocional o cognitiva y un proceso de afrontamiento (por ejemplo, la conducta de descargar el mal humor con los demás).

Feuerstein y cols. (1986) partieron del modelo de Moos y cols. (1986) como marco teórico para ordenar las diferentes categorías generales posibles de afrontamiento que puede considerarse. Este punto de vista se puede interpretar como complementario en el desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento integrando las dos aproximaciones distintas: una, lo asume como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable, y otra, lo entiende como un proceso. Las respuestas de afrontamiento al estrés pueden clasificarse sobre la base de dos conceptos, el método usado y la focalización de la respuesta. Atendiendo al método, las respuestas pueden ser activas o de evitación. Según la focalización, pueden orientarse hacia el problema o hacia la emoción. Así mismo, cada respuesta puede ser de naturaleza conductual o cognitiva. Con ello, tomando como base estos tres criterios (método, focalización y naturaleza) del afrontamiento es posible establecer ocho categorías generales del afrontamiento. En la actualidad el término estrés se utiliza para referirse a cualquier condición que perturba la homeostasis o, más exactamente la alostasis (equilibrio dinámico del organismo), tanto fisiológica, como psicológica (McEwen y Winfield, 2003).

## **ALOSTASIS**

Tanto el fisiólogo francés Claude Bernard (1856) en su modelo originalmente propuesto como Walter Cannon (1939), que lo retomó para el campo de la psicología, entendieron la regulación fisiológica en términos de homeostasis, es decir, de la estabilidad a través de la constancia o lo que es lo mismo que el propósito de la regulación fisiológica es el mantener cada parámetro del organismo en un “nivel óptimo” fijo, corrigiendo las desviaciones mediante mecanismos de retroalimentación negativa. Pero los parámetros fisiológicos no son constantes y sus variaciones no significan desviaciones o pérdida del supuesto nivel óptimo, sino que estas variaciones se producen precisamente para alcanzar el nivel óptimo que se necesita en cada momento.

Por contra Sterling y Eyer (1988) acuñaron el concepto de alostasis, para hacer referencia a dos aspectos cruciales en la regulación fisiológica: los parámetros fisiológicos varían y la variación anticipa las demandas. Es un modelo de regulación alternativo, basado en la alostasis, es decir, en la estabilidad a través del cambio o lo que es lo mismo, que los mecanismos que controlan los cambios en la actividad fisiológica predicen qué nivel será el necesario basándose en la retroalimentación local y en la anticipación de las demandas.

Y es que la finalidad de la regulación fisiológica no es el mantener unos parámetros constantes, sino la supervivencia y la reproducción. Así los sistemas de regulación y activación fisiológica se asemejan más a un sistema caótico, que a una balanza (Fernández-Abascal y Palmero, 1995). El espejismo de la homeostasis es ver la existencia de un nivel óptimo, donde lo que hay es demandas más frecuentes que requieren un determinado nivel de activación. Así pues, una vez que el cerebro predice las demandas futuras más probables, ajusta los parámetros para responder a las mismas. Los principios de este mecanismo alostático (Sterling, 2003) son:

- El organismo está diseñado para ser eficaz.
- La eficiencia precisa intercambios recíprocos.
- La eficiencia requiere predecir lo que será necesario.
- La predicción requiere que cada sensor adapte su sensibilidad para el rango esperado de entrada.
- La predicción requiere también que cada efector adapte su salida para el rango esperado de demanda.
- La regulación predictiva depende de comportamientos cuyos mecanismos neurales también se adaptan.

Los organismos deben funcionar eficientemente, lo cual implica no sólo escapar de los depredadores, sino también el competir eficazmente con otros miembros de la misma especie. Esta eficiencia requiere que los recursos sean compartidos entre los distintos sistemas, incluso en el cerebro los recursos tienen que compartirse recíprocamente. Todo esto implica a su vez la necesidad de un mecanismo central que analice continuamente las prioridades, la disponibilidad de recursos de cada órgano y un sistema de predicción muy rápido, ya que de otra manera se optimizaría para una condición pasada y nunca para la entrada que más probablemente encontrará a continuación.

Hay dos niveles de predicción: la condición más probable en el próximo momento, que generalmente es la capturada por la condición actual y su tasa de cambio y el curso temporal más probable de la nueva condición, que generalmente es el captado por la longitud de tiempo en la

condición actual. Las predicciones consecuentemente, están basadas en la historia forjada por la evolución. Esta regulación fisiológica humana depende de una multitud de mecanismos neurales de alto nivel: recuperación de conocimiento anterior, emociones, motivos, percepción, planificación, etc. Y son precisamente los procesos emocionales los que, en función de la anticipación de la respuesta necesaria, anticipan las necesidades de activación fisiológica.

El estrés es un proceso activante íntimamente relacionado con las emociones, aunque no es una de ellas. El estrés carece de tono afectivo, aunque se lo puede proporcionar una emoción, ya que en caso de ser necesario ésta será activada por el propio estrés. El trabajo de Cannon y especialmente de Hans Selye (1907-1982) ha sido muy importante para determinar el papel de la emoción en la adaptación corporal y de los mecanismos de la regulación del medio interno.

Precisamente, uno de los principales efectos del estrés es prevenir las consecuencias emocionales negativas, atenuando los recuerdos conscientes, pero manteniendo su registro para futuras condiciones. Para ello, la respuesta hormonal al estrés, en especial el cortisol, tiene tendencia a inhibir el hipocampo y a excitar la amígdala. Así pues, como consecuencia de esto la amígdala se verá facilitada para responder emocionalmente y formar recuerdos emocionales no conscientes; mientras que el hipocampo, al estar inhibido, se verá impedido en la formación de recuerdos conscientes de esos mismos acontecimientos.

Además, y al mismo tiempo, al estar activada la amígdala, puede influir en el procesamiento de la información en la corteza desde los primeros estadios en adelante; cosa que no ocurre al revés, ya que el procesamiento cortical solo puede afectar a la amígdala en los últimos estadios. El proceso de estrés, también activa determinadas emociones que anticipan condiciones que requieren de una actuación adaptativa, como es el caso de la ansiedad, la hostilidad, etc. y en general las emocionales anticipativas con las que mantiene una estrecha simbiosis.

## EMOCIÓN

Del clásico trabajo de Kleinginna y Kleinginna (1981) se deduce, fundamentalmente, el carácter multidimensional de las emociones. Esta multidimensionalidad nos lleva a entender las emociones como un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional), que tiene unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad: que es la adaptación a un entorno en continuo cambio.

El proceso psicológico de la emoción es objeto de interés por parte de la comunidad científica. Hay un empeño cada vez mayor por integrar los datos aportados por las distintas perspectivas desde la que se contempla la emoción. En esta nueva visión emergente de las emociones, el papel predominante lo aporta las orientaciones biológica y cognitiva, enmarcadas en una perspectiva evolucionista.

Así, se entiende la emoción como un mecanismo de adaptación primordial y sin esta premisa no es posible su comprensión. Si bien todos los procesos psicológicos juegan un importante papel para lograr la adaptación, es este proceso el que parece tener una primacía tanto filo como ontogenética para desarrollarla. Las emociones son parte del legado de años de evolución para enfrentarse con éxito a un mundo cambiante y lleno de demandas. Demandas que no solo provienen de unas ancestrales especies amenazantes, sino del propio entorno social en que vivimos cotidianamente y de nuestro propio mundo interno.

La aportación desde la orientación conductual, a esta función principal de la adaptación, es la de la tendencia en el comportamiento. Una parte muy importante de nuestro comportamiento se debe al hecho de haber sido seleccionado evolutivamente por su valor adaptativo. Así, ante la adaptación compartimos con otras especies sistemas funcionales similares, las emociones, que dan como consecuencia comportamientos también similares. Aunque nuestras capacidades sean mayores, en situaciones de emergencia aparecen esas tendencias en el comportamiento, que se han mostrado válidas a lo largo de muchos siglos de evolución. Y no solo hay tendencias en el comportamiento de especie, sino que el proceso de desarrollo y maduración personal, dan lugar también al establecimiento de tendencias personales de comportamiento.

Por último, con esta premisa de la función adaptativa, desde la orientación cognitiva se ha comenzado a ver las emociones como mecanismos de emergencia o programas de orden superior, que cuando es necesario paralizan o reducen otras actividades, reclutan recursos de otros procesos psicológicos y guían el comportamiento. Es decir, no se trata de unos elementos del aparato psíquico que actúan al mismo nivel que los demás, sino que están permanentemente en acción a bajo nivel, permitiendo el desarrollo de otras actividades, pero en cuanto detectan o prevén una condición significativa para nuestra adaptación, toman el control de todo el sistema hasta dar una respuesta adecuada a las demandas.

El proceso emocional es un sistema de procesamiento de información, pero de una información de especial significación para la supervivencia, la obtención de metas vitales y la vida social. Es también un sistema de reacción frente a las demandas del entorno, para lo cual recluta todos los recursos del organismo en una rápida preparación para la acción más adecuada a esas demandas.

Es además, un sistema de proacción que permite anticipar posibles situaciones de demanda emocional y anticiparse a las mismas poniendo en marcha la acción apropiada. Es importante diferenciar entre la experiencia emocional y el proceso emocional. Así, la experiencia emocional (sentimiento) es consecuencia del procesamiento emocional. Además, las emociones, en tanto que estados de conciencia afectivamente cargados y subjetivamente experimentados requieren un cierto nivel de conciencia, mientras que el procesamiento emocional puede no ser consciente.

Desde esta conceptualización del proceso emocional, los dos filtros, que producen modulación del patrón prototípico de las emociones, son los responsables de la adaptación de éstas a nuevas condiciones, desarrollando nuevas prioridades de análisis y ajustando las ya existentes.

Los efectos de las emociones o activación emocional es la movilización de un amplio conjunto de subprogramas adaptativos, entre los que destacan los de la experiencia subjetiva, la comunicación no verbal, la preparación para la acción y la activación fisiológica. Pero esta activación no solo compromete a estas respuestas, sino que implica a la totalidad de los recursos psicológicos. Y para comportarse funcionalmente, todos estos subprogramas de la mente necesitan estar coordinados sincronizados e integrados a fin de que sus efectos sean realmente adaptativos y no caóticos o contraproducentes. Esta coordinación es la realizada por un conjunto de programas de orden superior, que son las emociones.

Por ello, desde el modelo de proceso de sincronización de componentes se entiende la inteligencia emocional como el desarrollo sobre cómo utilizar óptima y adaptativamente las emociones y no solo como una teoría más sobre cómo funcionan las mismas. Las personas que poseen una alta inteligencia emocional tienen una estructura de pensamiento flexible, adaptan sus modos de pensar a las modalidades de las diferentes situaciones, se aceptan a sí mismas y a los demás, suelen establecer relaciones gratificantes y generalmente tienden a conceder a los otros el beneficio de la duda (Epstein, 1998). Desde esta perspectiva, podemos considerar fundamental también conocer y reforzar las cualidades humanas naturales que nos mantienen en forma, nos protegen y nos ayudan a adaptarnos a los cambios y superar adversidades. Entre ellas, la memoria es una facultad indispensable, que permite la retención en el tiempo de la información aprendida.

## MEMORIA

Podemos definir la memoria como “el proceso psicológico que sirve para codificar la información, almacenar la información codificada en nuestro cerebro y recuperar dicha información cuando el individuo lo necesita.” (Ballesteros, 2012)

La memoria es el proceso psicológico que permite mantener de forma actualizada diferentes elementos de información mientras los integramos entre sí. Tomado de Aznárez (2010), normalmente, las

emociones, las cogniciones, las conductas y las sensaciones físicas que provocan en nosotros las experiencias que vivimos quedan grabadas en la memoria autobiográfica junto con los detalles de los sucesos que las produjeron; permitiendo tener recuerdos integrados de esta experiencia vital que podemos evocar mediante una narración eficaz, integradora.

Sin embargo, en las experiencias vitales traumáticas las reacciones emocionales, las cogniciones, las conductas y las sensaciones se separan de la narrativa de los acontecimientos y se graban manteniendo recuerdos fragmentados con dificultad para la evocación.

Al recordar estos recuerdos revivimos la experiencia traumática como si estuviera ocurriendo en el presente. Pierre Janet (1919) define las memorias traumáticas como “actos incompletos”. Los pacientes traumatizados continúan la acción, o el intento de acción, que se inició con el evento traumatizante y se mantienen en reactuaciones sin fin. Estos intentos se configuran alrededor de distintos sistemas neurobiológicos basados en la defensa o en la consecución de las necesidades básicas (sistemas de acción) y estos sistemas de acción están en la base de las partes disociativas de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis y Steel, 2006 y 2008). Consideran que una personalidad bien integrada tiene una perspectiva de primera persona del self, los otros y el mundo, una capacidad integrativa y conductas adaptativas en el mundo; incluyendo capacidades regulatorias y reflexivas. En el epígrafe dedicado a la disociación volveremos sobre este concepto.

## PERSONALIDAD

Uno de los aspectos que hacen al estado actual del conocimiento de la personalidad normal y patológica es la necesidad de repensar múltiples aspectos. En los últimos años se han producido extraordinarios avances en este campo de la Psicología y la Psiquiatría. Se han multiplicado los estudios y la investigación, y se ha afinado mucho en el diagnóstico de las distintas formas de ser y conducirse.

Para esta revisión, que es impulsada por los avances etiológicos, clínicos, taxonómicos y terapéuticos, es imprescindible mantener la permanente búsqueda y renovación de las teorías de la personalidad normal y sus desórdenes; observando que los sistemas de clasificación actuales se agrupan en atributos concurrentes, indicativos de comportamientos desviados y derivados de cuatro fuentes conceptual y metodológicamente diferentes: biofísico, intrapsíquico, fenomenológico y conductual. Por ello, todos los elementos de evaluación, exploración y medición deben ajustarse a un modelo pentadimensional: físico (biológico), psicológico (vivencial), conductual (lo que se observa desde fuera), cognitivo (lo que son ideas y pensamientos) y asertivo (plano de la relación social). Algunas de las dificultades metodológicas que se presentan son: la parcialidad de los estudios retrospectivos, las diferencias entre muestras clínicas y de la comunidad; los efectos del puntaje de

base, dado que muchos niños y jóvenes expuestos a la adversidad son resistentes; los efectos de terceras variables, en asociaciones que a menudo se explican por otros factores como la farmacología. En cuanto a lo etiológico, si analizamos el proceso de surgimiento de un trastorno de personalidad como producto del incremento de la patología adulta debido a los traumas infantiles, vemos que esto no puede considerarse de modo simple, sino que deben ser tenidos en cuenta: la naturaleza de las experiencias de riesgo, la presencia o ausencia de factores protectores y las diferencias en el proceso cognitivo de cada persona.

En los últimos 30 años se vienen observando (o se está haciendo públicamente más manifiesto) las descompensaciones graves de la personalidad o la aparición de aspectos parciales, rasgos o dimensiones desadaptativas de la personalidad (violencia, búsqueda de sensaciones, *acting out*, desórdenes de la alimentación, etc). Las direcciones futuras plantean la incorporación integrativa de los modelos dimensionales, los modelos interpersonales, los modelos de afrontamiento, los modelos analíticos y los modelos biológicos así como a la consideración de la influencia de la Cultura. En esta perspectiva de las “teorías integrativas” nos paramos en el trabajo de Theodore Millon, que está pretendiendo ofrecer una alternativa teórica comprehensiva y sistemática, evitando exponer teorías de un nivel simple; integrando los aspectos teóricos con los temas etiológicos, epidemiológicos, clínicos, pronósticos y terapéuticos, todos en constante desarrollo y cambio, que obliga a buscar métodos que permitan asegurarnos en cuanto a la validez y confiabilidad de los aspectos teóricos y prácticos, lo que impone un permanente desarrollo de instrumentos que permitan confirmar esa validez y confiabilidad.

Su teoría se enmarca en el conjunto del modelo biopsicosocial; apoyándose en la idea de que la personalidad se desarrolla mediante una interacción entre el ambiente y el organismo. Lo biológico puede limitar o ampliar la conducta, además de configurarla; lo social o ambiental modula y perfila el estilo propio. Millon, Everly y Davis (1993) afirman que la persona es el único sistema orgánicamente integrado en el campo psicológico, siendo el lugar que vincula funciones psicológicas con contextos extrapersonales, y la personología constituye el ámbito privilegiado para el logro de la integración biopsicosocial.

Una de las principales aportaciones del modelo de Millon a la psicopatología tiene que ver fundamentalmente con la naturaleza interactiva y multiaxial entre la personalidad y los síndromes clínicos. Esta relación interactiva y multiaxial lleva a concluir que es en la personalidad donde se producen los comportamientos patológicos, de forma que la única manera de darle sentido al síndrome clínico es conociendo y valorando la forma de ser de la persona que presenta la alteración.

La personalidad es el resultado de una serie de operaciones mentales: construir la imagen de uno mismo, dar significado al mundo, actuar, relacionarse con los demás, encontrar soluciones a problemas planteados por el entorno. Resultado de una historia única de transacciones entre factores biológicos (temperamento, constitución genética) y contextuales (vida intrauterina, ambiente familiar, papeles sociales, cultura, situación socioeconómica), historia que nunca antes había existido y que no se repetirá. Este proceso es bidireccional; el comportamiento “innato” del lactante puede provocar una serie de conductas en los padres y en otras personas que cuidan al niño, conductas, que a su vez, refuerzan el comportamiento del pequeño.

Estos rasgos comprenden el patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar, y comportarse de un individuo. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. La personalidad constituye la identidad personal ante uno mismo y ante los demás.

Los rasgos de personalidad solo se transforman en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

El trastorno de personalidad se entiende como un modo de ser y comportarse: omnipresente, no relacionado con una situación concreta; inflexible y rígido; hace al individuo vulnerable a los cambios; dificulta la adquisición de nuevas habilidades, perjudicando su desarrollo; no ajustándose al contexto sociocultural; suele ser egosintónico, salvo en situaciones de crisis; la conciencia de enfermedad es escasa, limitando la asistencia terapéutica y complicando las relaciones interpersonales.

Tres características patológicas:

1. Escasa capacidad de adaptación en situaciones de estrés: mínimas variaciones en la utilización de estrategias. Analogía psicológica del sistema inmunitario.
2. Rigidez, inflexibilidad: obligan a adaptarse al entorno. Cuando este no puede, aparece la crisis.
3. Dado que no pueden cambiar, los repertorios patológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez. Personalidades “patógenas”. Evolución espiral.

Por tanto, existe un conjunto de variables de características personales de tipo disposicional y rasgos de personalidad (relativamente estables) que “modulan” las reacciones del individuo a las situaciones estresantes; explicando posibles diferencias individuales en las reacciones de estrés.

Como se ha expresado en el epígrafe dedicado al trauma, en estas reacciones de estrés después de los acontecimientos traumáticos, la persona oscilará entre la reexperimentación de estos sucesos, y la evitación de los recuerdos; produciéndose una alternancia y coexistencia mediante estados mentales no integrados que se utilizan como mecanismo de defensa ante esa imposibilidad de integración de la experiencia traumática: la disociación.

## DISOCIACIÓN

Como se expresaba en el epígrafe dedicado a la MEMORIA, ante situaciones difíciles de afrontar o ante un malestar que no se sabe cómo manejar, las personas pueden recurrir a diversos sistemas que las protegen y que les impiden conectar con sus sensaciones o emociones. Sentirse vulnerable, culpable, insignificante o desprotegido pueden ser sensaciones intolerables alrededor de las cuales se van desarrollando diversas “capas protectoras”.

Janet realiza la primera conceptualización teórica: “desagregation mentale”, que supone la separación de ciertos contenidos mentales que en condiciones normales tienden a estar agregados y son procesados juntos (1889, 1920). Y propone una teoría de la disociación patológica o “desagregación” como una predisposición constitucional en los individuos traumatizados donde el terror abrumador interrumpe la coherencia de la experiencia.

El DSM-IV-TR expresa la disociación como la alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, memoria, identidad o de la percepción del entorno. Así, podemos definir la disociación como un mecanismo de defensa ante la imposibilidad de integración de la experiencia traumática, que facilita poder seguir viviendo con esquemas anteriores a costa de expulsar de la conciencia una parte dolorosa de la experiencia vital, porque no podemos ser conscientes de dos escenas incoherentes al mismo tiempo.

Experiencias dolorosas previas que no se quieren volver a vivir porque, ante todo, el trauma es una experiencia física extremadamente intensa; en la que convergen estímulos auditivos, visuales, olfatorios, gustativos y cinéticos, y que pueden bloquear la capacidad cerebral para integrarlos en una experiencia mediante la disociación. Los aspectos físicos y psicológicos de la experiencia traumática no son posibles de integrar por el self con los esquemas emocionales y cognitivos habituales.

Los síntomas disociativos se manifiestan en forma de fenómenos psicológicos, o síntomas disociativos psicomorfos, como pesadillas, escuchar voces, amnesia o pérdida de los afectos, o como fenómenos corporales, o somatomorfos, como tics, dolor, conductas autolesivas, pérdidas perceptivas o motoras, parálisis disociativa o síntomas alimentarios.

La estrecha relación entre trauma y disociación puede entenderse desde la perspectiva de la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006 y 2008), que entiende la personalidad como la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas biopsicosociales que determinan sus acciones características.

Estos sistemas biopsicosociales pueden estar insuficientemente integrados cuando se producen problemas tempranos en el apego o traumas. Por ello, el proceso que lleva de experiencias traumáticas tempranas a la psicopatología adulta se puede describir en términos de disociación estructural. Distintos subsistemas pueden funcionar con distinto grado de autonomía y entre ellos puede presentarse un conflicto interno. Este conflicto interno genera un desgaste de energía y una falta de eficiencia mental. La fragmentación mental permite manejar situaciones que resultan incompatibles o imposibles de tolerar de modo simultáneo.

Así, el término “disociación estructural” implica el reconocimiento de que la disociación es la característica básica de los trastornos disociativos y de las respuestas postraumáticas. Una idea, un sistema parcial de pensamientos, emancipados en sí mismos, se hacen independientes y se desarrollan por sí mismos. Como resultado de este aislamiento, desarrollan un cierto grado de autonomía mental y la mente es menos capaz de controlarlas y regularlas. Una serie de fobias se desarrollan y contribuyen a mantener esta estructura disociativa. La fobia nuclear es la fobia a los recuerdos traumáticos. El individuo oscilará entre la evitación del trauma y revivirlo.

Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2005) señalan el cambio entre estados mentales no integrados (partes disociativas de la personalidad), principalmente aquellas que están mediadas por subsistemas de acción defensivos, o sistemas de defensa, (PEs). Algunos de estos estados mentales parecen aparentemente funcionales en la vida diaria (PANs), mediados por sistemas de supervivencia y fijados a la evitación del trauma, otras partes de la personalidad están ligadas a las experiencias traumáticas (PEs). La Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad ofrece una visión que comprende todos estos aspectos, integrando hallazgos e insights de la neurobiología y la psicotraumatología.

Desatar reacciones emocionales muy intensas se puede entender desde esta teoría como diferentes PEs que son disparadas por memorias y experiencias traumáticas; percibiendo y re-experimentando el trauma como actual. La presencia de una fuerte base biológica podría funcionar como un factor multiplicativo, aumentando el efecto de lo que en otras circunstancias serían problemas de apego menores. La aparente desproporción en la reacción puede reflejar que el paciente como PE(s) no está reaccionando realmente frente a la situación de aquí y ahora, sino a la de allí y entonces. En

otras palabras, los pacientes viven en el tiempo del trauma (Van der Hart et al., 2010). Por este motivo adoptan fachadas de aparente normalidad (la parte aparentemente normal de la personalidad, PAN).

Los síntomas asociados a la disociación estructural:

- Síntomas de la PE:
  - Positivo: Intrusiones
  - Negativo: La anestesia corporal
- Síntomas de la PAN:
  - Negativo: Pérdida de funciones

Desde el modelo psicodinámico, Ryle y Kerr (2006) definen el procedimiento de rol recíproco como un concepto subyacente a lo que ellos denominan el modelo de múltiples estados del self (MSSM), que es complementario y enlaza de manera integrativa con el concepto de perspectiva de primera persona de las partes disociativas de la Teoría de la Disociación Estructural de la Personalidad.

Los procedimientos son secuencias de percepción, evaluación, acción y análisis de las consecuencias, conformando acciones dirigidas a un objetivo. Cada rol es identificable por su conducta característica, humor, síntomas, visión del yo y los otros, y búsqueda de reciprocidad. Así, integrando diferentes orientaciones, se observa que la personalidad puede servir para atenuar o exacerbar la conexión entre el estrés y sus consecuencias en distintos puntos de la secuencia estrés-afrontamiento. Puede afectar a la valoración de un acontecimiento, situación o problema, tanto primaria (grado de amenaza, reto o desafío), como secundaria (nivel de recursos percibidos para hacerle frente); y a las estrategias de afrontamiento que el individuo pone en marcha para hacer frente al estrés. Hay datos claros de que las características de personalidad predicen resultados de salud objetivos y bienestar percibido, como se verá en el próximo epígrafe.

## **SALUD**

En 2001, la OMS propuso un nuevo significado de salud mental, definiéndola como “...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, que tomado como referencia Daniel Siegel (2000) expresa de una manera gráfica como “el trípede de la salud mental”, que apoya sus tres vértices en: cerebro (cuerpo), mente y relaciones. De esta forma gráfica, se puede deducir que en la persona se deben dar tres atributos concurrentes que tienen que estar armónicamente interconectados y sincronizados: a) una integración neuronal, en el nivel biofísico, b) una mente coherente, en el nivel intrapsíquico, y c) unas relaciones empáticas, en el nivel conductual.

Así, la salud mental se convierte en la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de una persona y una comunidad, siendo mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición tienen valor por sí mismas. Esta perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende la promoción de las cualidades del ser humano para facilitar su máximo desarrollo potencial. Ya en 1978, la *American Psychological Association* constituye la División 38: Psicología de la Salud, con el objetivo de integrar el conjunto de aportaciones de tipo educativo, científico y profesional que proporcionan las diversas áreas del conocimiento psicológico; para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad; así como la identificación de los correlatos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades y sus consecuencias.

El estatus de salud es el resultado del estrés, como se ha indicado en el correspondiente epígrafe, más que una fase del proceso del mismo. Este estado de salud, tanto psicológico como fisiológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores de dicho proceso de estrés. Un afrontamiento inapropiado (por ejemplo, fumar, autoaislamiento, reducción del ejercicio físico, etc.) puede ser nocivo para la salud. La psicopatología del estrés trata de explicar los mecanismos del estrés, en sus diferentes niveles de actuación, relacionados con la alteración de la salud. El estrés psicosocial y las características personales pueden independientemente relacionarse con la enfermedad, pero esta relación es mayor cuando se dan conjuntamente ambos fenómenos (estrés psicosocial y un tipo no saludable).

Estamos viendo que el estrés puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud, y al tiempo, puede influir también sobre la salud de una forma más indirecta; en concreto a través de la elicitación o mantenimiento de conductas no saludables. Las “conductas relacionadas con la salud” (CRS) han sido definidas como constitutivas de una vía mediante la cual las variables ambientales (sucesos vitales, apoyo social) y personales (personalidad, etc.) pueden afectar a los mecanismos fisiológicos e incrementar el riesgo de enfermar. Bajo esta consideración, el estrés puede inducir efectos perjudiciales sobre la salud también a través de la facilitación de CRS negativas (estrategias nocivas de afrontamiento, ya que son medidas que toma el individuo para reducir el estrés) como el fumar, ingerir alcohol o efectuar conductas de riesgo, o bien inhibiendo las CRS positivas (por ejemplo, reducción del ejercicio físico).

Se han sugerido varios tipos de conexión entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés, tales como los siguientes: 1) la personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (por ejemplo, reactividad cardiovascular) y/o indirectos (por ejemplo, modulación del sistema inmune); 2) las características de personalidad pueden potenciar la

enfermedad al motivar conductas no deseables (por ejemplo, consumo de alcohol excesivo), y 3) ciertos aspectos de la personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (por ejemplo, dependencia). Las variables disposicionales que han sido propuestas como factores moduladores de la relación entre el estrés y la enfermedad son múltiples y diversas. Mientras algunas son consideradas como potenciadoras de la salud (es decir, *hardiness*, optimismo, sentido del humor, motivación de sociabilidad, autoestima, sentido de coherencia y resiliencia), otras se entienden como facilitadoras de la enfermedad (esto es, reactividad al estrés, conducta tipo A, hostilidad, cinismo, antagonismo, alexitimia, personalidad o conducta tipo C, estilo represor y motivación de logro).

### PERSONALIDAD RESISTENTE

La personalidad resistente, una de las variables disposicionales potenciadora de la salud, se refleja en el grado en que las personas son capaces de expresar compromiso, control y desafío en sus acciones, pensamientos y sentimientos (Kobasa, 1979, 1982; Maddi, 1990; Ouellette, 1993). Las personas resistentes (o *hardy*) creen en lo que están haciendo, y en que pueden influir en los acontecimientos importantes de sus vidas, dando la bienvenida al cambio y al desafío personal (Kobasa, Maddi y Zola, 1983). Fue en 1979 cuando Kobasa introdujo el constructo de personalidad *hardiness* o personalidad resistente, cuando observó, en una muestra de ejecutivos de una empresa, que en personas sometidas a los mismos niveles de estrés, unas enfermaban y otras permanecían sanas. A partir de ahí, clasificó a los directivos en dos grupos: sometidos a alto estrés y sanos, y los que teniendo el mismo nivel de estrés estaban enfermos. Aplicó distintas pruebas de personalidad a estos sujetos y encontró que los sanos se caracterizaban por los tres aspectos siguientes, que han definido posteriormente los componentes de la personalidad resistente:

a. *Compromiso (commitment)*. Denota la habilidad para creer en y reconocer los propios valores, metas y prioridades, apreciar la propia capacidad y lo que uno hace, y la tendencia a implicarse uno mismo en las diferentes situaciones vitales con un sentido general de propósito. Las personas “comprometidas” poseen un sistema de creencias que minimiza la percepción de amenaza ante los diferentes sucesos vitales. Por tanto, se trata de un cierto “compromiso con uno mismo”, idea que no se aleja de los conceptos del existencialismo.

b. *Desafío (challenge)*. También se ve traducido como reto y cambio. La tendencia a valorar las situaciones de estrés como un desafío es más saludable que la tendencia a hacerlo como amenaza. El desafío es entendido como una oportunidad y un incentivo para el desarrollo personal. Las personas que tienden a efectuar este tipo de valoración ante el estrés son individuos cognitivamente flexibles y con buena tolerancia de la ambigüedad.

c. *Control*. La sensación personal de control sobre los eventos externos facilita la adaptación ante las situaciones estresantes y la salud. Las personas con elevada percepción de control no sólo buscan explicaciones sobre lo que ocurre en términos de las acciones de otros o en el destino, sino también, y de forma especial, en la propia responsabilidad.

Aparte de los componentes de tipo existencialista que encierra el constructo de resistencia al estrés, se puede observar su aparente conexión con otros factores protectores (positivos) como el optimismo, la autoestima y la autoeficacia. Todas estas variables se han relacionado con cierta consistencia con la salud (Adler y Matthews, 1994).

Esos tres componentes serían partes interconectadas de una orientación vital con propiedades protectoras ante el estrés (Kobasa, 1982) gracias a la cual las personas resistentes responden a los estresores potenciales con cogniciones o evaluaciones positivas sobre su nivel de amenaza y sus posibilidades de afrontarlos con éxito; mientras que los menos resistentes harían valoraciones más negativas tanto de su valor de amenaza cuanto de sus recursos para superarlos adecuadamente. Es decir, los acontecimientos serían similares, lo que cambiaría es la percepción y reacción ante los mismos. Es por ello, que ejercería un papel protector de cara a la salud, ya que al percibir los sucesos como más positivos y controlables, y actuar convenientemente ante ellos, la persona presentaría menos consecuencias negativas derivadas del estrés, como es la sintomatología física y psicológica que lleva asociado. El efecto de *hardiness* ha resultado unas veces principal (los sanos son más resistentes que los enfermos) (Kobasa, 1979) y otras un efecto *buffering* o amortiguador del impacto de otras variables, así por ejemplo, en el estudio de Kobasa y colaboradores (1983) se obtuvo una interacción significativa entre nivel de estrés, Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y *hardiness*: las personas PCTA estaban más enfermas sólo cuando eran bajas en resistencia y soportaban alto estrés.

En los estudios prospectivos, las variables independientes (personalidad resistente y estrés) se miden antes que las dependientes (estado de salud físico y psicológico), pudiendo controlarse estadísticamente la influencia de los niveles iniciales de salud (síntomas percibidos y/o salud física objetiva). En un estudio de este tipo, midiendo personalidad resistente, sucesos vitales y síntomas informados en distintas ocasiones en un período de más de tres años, Kobasa, Maddi y Kahn (1982) encontraron resultados que confirmaban el carácter protector de *hardiness* en condiciones de alto estrés. De todas maneras, quedaría por analizar si unos componentes son más relevantes que otros a la hora de su relación con la salud; así como incorporar en las investigaciones como variable criterio los *indicadores objetivos de salud* y los síntomas informados, con el fin de reducir la tendencia a presentar un rol de persona enferma o sana, más que de informar del estado general del individuo (Ouellette y DiPlacido, 2001; Peñacoba y Moreno, 1998). Un ejemplo puede ser el estudio de Wiebe (1991) que

selecciona a los sujetos en función de su nivel de resistencia y, a través de la manipulación de las instrucciones, induce percepciones de controlabilidad, de desafío y de significación o compromiso sobre la tarea. Los resultados mostraron que, efectivamente, la personalidad resistente moderaba los efectos del estrés, afectando a la valoración que las personas resistentes hacían de la situación viéndola menos amenazante, presentando menores respuestas afectivas y psicofisiológicas de estrés.

## RESILIENCIA

La experiencia de las personas nos está permitiendo el abordaje con modelos de trabajo que se basan en concepciones de resistencia a la adversidad, que pueden reparar la idea de daño y de víctima. Puede constituir un error importante aportar solo una visión *victimista* que ve al superviviente como necesariamente dañado, necesitado de ayuda, afectado aunque lo niegue o rechace buscar ayuda,.

La literatura psiquiátrica ha definido *el síndrome del torturado, del superviviente de campos de concentración, de la violación, del exiliado* y tantos otros síndromes que constituyen generalizaciones, que en ocasiones no se pueden sostener, y etiquetas entomológicas que confunden una vivencia (que cada persona procesará de un determinado modo) con una enfermedad.

Se observa que hay personas que adquieren aprendizajes positivos y experiencias de fortalecimiento personal tras vivir las experiencias traumáticas. Este aprendizaje y experiencia tienen que ver con al menos cinco posibles áreas: Relación con los otros, cambios en la vida, percepción de sí mismo, creencias y sentido de la vida. Desde una perspectiva ecológico-transaccional, basada en el modelo ecológico de desarrollo humano de Bronfenbrenner (1979) y representada, entre otros, por Luthar, Cushing, Masten, Kaplan y Bernard, la resiliencia se define como un proceso dinámico donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que tiene como resultado la adaptación positiva de la persona en contextos de gran adversidad (Melillo y Suárez, 2005). Esta definición distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de resiliencia:

- a. La noción de adversidad, trauma, riesgo o amenaza al desarrollo humano. El término adversidad puede designar una constelación de muchos factores de riesgo o una situación de vida específica. La adversidad puede ser definida objetivamente, a través de instrumentos de medición, o subjetivamente, a través de la percepción de cada individuo.
- b. La adaptación positiva o superación de la adversidad. La adaptación puede considerarse positiva cuando el individuo ha alcanzado expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, o cuando no ha habido signos de desajuste.

c. El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el desarrollo humano. La noción de proceso permite entender la adaptación resiliente en función de la interacción dinámica entre múltiples factores de riesgo y de protección, los cuales pueden ser bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afectivos, familiares, biográficos, socioeconómicos, sociales y/o culturales.

Bajo esta perspectiva, en 2003 Saavedra desarrolló un modelo explicativo del comportamiento resiliente, que denominó “modelo interaccional de la resiliencia”, modelo teórico que es referido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT), a partir del cual la respuesta resiliente consistiría en una acción orientada a metas, una respuesta sustentada o vinculada a una visión abordable del problema, como conducta recurrente en una visión de sí mismo, caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos y proactivos ante los problemas, los cuales tienen como condición histórico-estructural las condiciones de base, es decir, un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados (Saavedra y Villalta, 2008).

El término resiliencia resume y comunica en una sola palabra la simbiosis natural y única de flexibilidad, resistencia, adaptación y recuperación; situándose en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental, considerándose una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas. El entrenamiento en resiliencia se ha basado en las investigaciones de Seligman y su equipo, tras comprobar cómo las intervenciones en resiliencia mediante técnicas controladas lograban que los sujetos tuvieran una visión más positiva de la vida y realizaran un ajuste saludable a la adversidad; reduciendo la probabilidad de desarrollar ansiedad o depresión posteriormente (Parks y Steen, 2004; Duckworth et al., 2005; Dahlsgaard, Peterson y Seligman, 2005; Vázquez, 2006, 2009; Poseck, 2006). Al tiempo que se observa que las personas ponen en condiciones normales en marcha mecanismos adaptativos personales que será necesario detectar y apoyar.

Podemos entender el desarrollo como un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo, y de esta manera, enlazarlo con la conceptualización que realiza la OMS acerca de la salud mental positiva, proponiéndola como la presencia de emociones positivas (afectos), sentimientos de felicidad, rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y autocontrol y como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad.

Lluch (2003) describe un modelo de salud mental positiva, logrando discriminar 6 factores:

- Satisfacción Personal: Satisfacción de la persona consigo misma, con la vida y con el futuro.
- Actitud prosocial: Predisposición a escuchar, comprender y ayudar a los demás.
- Autocontrol: Capacidad para mantener el equilibrio personal.
- Autonomía: Capacidad para tener criterios propios y actuar de forma independiente.
- Resolución de problemas y autorrealización: Búsqueda activa de soluciones frente a los problemas y crecimiento personal.
- Habilidades de relación interpersonal: Capacidad para interactuar con los demás.

Los componentes de este modelo coinciden con la definición que establece la OMS sobre la salud mental positiva, al tiempo que contribuyen al modelo de desafío que se maneja actualmente en contraposición al modelo tradicional de riesgo.

Munits et al. (1998) habían señalado que el modelo de riesgo se centraba en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asociaban con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Sin embargo, el modelo de desafío humano ha mostrado que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a una persona inerte en el cual se determinarían, inevitablemente, daños permanentes. Por el contrario, existen verdaderos escudos protectores que hacen que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando sus efectos negativos, e incluso llegando a transformarlas en factores de superación de la situación difícil.

De esta manera, en el modelo de desafío interactúan dos elementos: los factores y conductas de riesgo, y los factores y conductas protectoras, donde los segundos operan como escudos que reducen la vulnerabilidad de la persona a desarrollar algún tipo de trastorno.

Valverde et al. (2001) definen los factores de riesgo como todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que aumentan la probabilidad de que ocurra, en el corto, medio o largo plazo, algún acontecimiento dañino. Por otra parte, las conductas de riesgo son aquellos comportamientos que dependen de los individuos y que tienen una intención, se dirigen a metas, conscientes o inconscientes.

Como contraparte están los factores y las conductas de protección. Los factores protectores corresponden a todos aquellos elementos, personales o del entorno, que posibilitan la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo de la persona. Los factores protectores se pueden distinguir entre externos e internos: los primeros se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daño (familia extendida, integración social y laboral, etc.); mientras que los segundos

se refieren a atributos de la propia persona (estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía). Por su parte, las conductas de protección se definen como aquellos comportamientos que dependen de los individuos y que los aleja de uno o más riesgos o daño.

Con lo descrito hasta ahora se puede entender que la resiliencia, con su doble dimensión de cualidad humana y proceso dinámico, es el resultado de la interacción de factores de riesgo y de factores de protección, y tal como señaló Rutter (1993) no radica en la evitación de experiencias de riesgo, sino que resulta de tener el encuentro en un momento dado con una prueba que la persona puede superar con éxito. Por tanto, no debe interpretarse que el modelo de desafío está en oposición al modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar y diseñar intervenciones eficaces.

La resiliencia natural, unida a los mecanismos protectores que nos ayudan a vencer la adversidad, configura un sistema muy poderoso de protección y supervivencia. Por desgracia, este sistema no es invulnerable o inmune a los efectos tóxicos de ciertos estados emocionales anómalos que interfieren con la capacidad para afrontar y procesar saludablemente las calamidades. A continuación, describiré los venenos más comunes y nefastos: el pánico, el aturdimiento, la depresión y el estancamiento.

En el extremo opuesto de la resiliencia y los mecanismos protectores se sitúan los cuatro venenos que nos hacen especialmente vulnerables a las calamidades: el pánico, el aturdimiento, la depresión y el estancamiento. Estas condiciones nocivas debilitan los cimientos de nuestra resistencia y flexibilidad e inhabilitan nuestra aptitud para echar mano de esas herramientas que nos ayudan a amortiguar los golpes y a recuperarnos de sus secuelas.

Podemos describir dos causas generales muy importantes de vulnerabilidad. La primera es haber sido víctima en el pasado de sucesos traumáticos, porque es indudable que un historial de desgracias agota la resistencia de las personas a infortunios futuros. Quienes han sido traumatizados una o más veces, se hacen hipersensibles a situaciones estresantes y a nuevas amenazas.

La segunda causa general de fragilidad ante las adversidades es el padecimiento de ciertas dolencias físicas o mentales que debilitan nuestras defensas y consumen la energía y el vigor que necesitamos para protegernos o luchar en los momentos difíciles. En situaciones extremas y duraderas de infortunio, el agotamiento o la falta de energía física y emocional hacen sencillamente imposible la batalla por sobrevivir.

## PSICOTERAPIA BREVE INTEGRADA

Actualmente, parece que los objetivos generales de las psicoterapias deben estar encaminados a que el paciente pueda mejorar sus relaciones interpersonales y disminuir la intensidad y prevalencia de conductas inhabilitantes, así como una mayor integración y comprensión de sus conflictos internos y relacionales.

Criterios de calidad asociados a dichas psicoterapias recomiendan trabajar con protocolos que permitan un incremento de la eficiencia de los tratamientos, la necesidad de utilizar racionalmente los recursos y realizar intervenciones integradoras que tengan en cuenta los aspectos bio-psico-sociales. En esta línea, desde hace años, la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia viene trabajando con un modelo de Psicoterapia Breve Integrada. Este modelo nuevo recoge las últimas aportaciones en cuanto a la evaluación, la planificación y la integración de recursos terapéuticos pensado para abordar de manera eficaz la intervención multidimensional de las áreas deficitarias del paciente en la consulta clínica desde una perspectiva integradora en los ámbitos biológico, psicológico y social.

Desde que se formuló el modelo, uno de los retos que la Psicoterapia Breve Integrada viene asumiendo es la incorporación progresiva de formas de terapia basadas en el desarrollo y la potenciación de las capacidades positivas intrínsecas al ser humano, no colocando el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades. Se está trabajando en la incorporación de elementos para el fomento del crecimiento post-traumático en las fases avanzadas de la terapia. En cuanto a los modelos que explican el crecimiento después del trauma, Calhoun, Cann y Tedeschi (2010) han reformulado la propuesta de Janoff-Bulman (2006) sobre la reconstrucción cognitiva y emocional del trauma, asumiendo que determinadas variables aumentan la posibilidad de que haya crecimiento postraumático. Dentro de este trabajo, entre otros, son elementos útiles: definir y pactar el campo terapéutico usando términos normalizadores, detectar y potenciar recursos propios, aprender de las “excepciones” para explorar las tácticas útiles, detectar y potenciar signos de cambio, detección de emociones positivas y negativas actuales.

En relación al diagnóstico, Millon, Everly y Davis (1993) consideran que es de fundamental importancia para la terapia, y que deberá consistir en “una evaluación comprehensiva, que incluya no solo la configuración general de los atributos personales, sino que pueda diferenciar su grado de relevancia” en cada caso particular. En todos los casos, tanto la evaluación como el tratamiento, exigen la construcción de configuraciones que implican, como la persona misma, un elevado nivel de complejidad (Millon, 2000).

El modelo de Psicoterapia Breve Integrada incorpora, como novedad, el protocolo de evaluación *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado* (OPD-2), pensado específicamente para el trabajo psicoterapéutico y desarrollado en 2006 por la Universidad de Heidelberg. El OPD-2 constituye una guía de acción para los psicoterapeutas, pues es un instrumento diagnóstico que no está sólo al servicio de la descripción y diferenciación de los pacientes, sino que permite establecer una indicación para una intervención, formular tareas y metas específicas, y planificar las estrategias de la psicoterapia. Así, el OPD2 constituye una magnífica herramienta para planificar y evaluar el tratamiento, y observar el cambio. Este método se ha propuesto además establecer un puente entre clínicos de orientaciones y orígenes diversos, y entre éstos y los investigadores.

En relación a la psicointervención en el trauma, por multitud de razones, el cuerpo ha quedado excluido de la “cura verbal”: se “habla de él”, pero no “con él. Así, las prácticas y técnicas cognitivas y dinámicas del ámbito de los modelos terapéuticos tradicionales basados principalmente en la idea de que el cambio tiene lugar de manera “descendente” (*top-down*), en virtud de un proceso de expresión y formulación narrativa, son útiles de por sí pero no suficientes. Por ello, la propuesta que formula la Psicoterapia Breve Integrada estriba en añadir las intervenciones “ascendentes” (*bottom-up*) con objeto de tratar las sensaciones físicas reiteradas y espontáneas, las inhibiciones motrices y las intrusiones somatosensoriales características de las experiencias traumáticas no resueltas; incluyendo los cambios estructurales de la personalidad del paciente a través de los tratamientos psicoterapéuticos.

Como ya se ha expresado, en el tratamiento del trauma se observa la existencia de una desconexión entre los conocimientos apropiados del presente y las emociones inapropiadas, residuos del traumatismo pasado. Por ello, como capacidad que se desarrolla y actualiza en la historia interaccional del paciente, se introduce la resiliencia en el proceso psicoterapéutico; entendiéndose como el contrapeso del trauma y constituyendo el conjunto de defensas neurobiopsicosociológicas.

Antes se señaló que la resiliencia es una respuesta de carácter ordinario, no extraordinario, asociada con: a) la capacidad de hacer planes realistas y su seguimiento; b) la visión positiva de uno mismo, de sus fortalezas y sus habilidades, c) las habilidades de comunicación y solución de problemas, y d) la capacidad de manejar sentimientos y emociones intensas. Así, el psicoterapeuta debe detectar y movilizar los recursos del sujeto, de su entorno y de las redes de apoyo sociales para emplear las estrategias de intervención adecuadas, consiguiendo un cambio del énfasis en las consecuencias negativas del impacto traumático hacia aquellos factores que disminuyen la vulnerabilidad de las personas y refuerzan los recursos de afrontamiento y resistencia (Manciaux et al., 2005). Después de una experiencia traumática, la mente pierde la flexibilidad, metafóricamente se convierte en un agujero negro, creándose una especie de mundo sensorial helado. Continuando con las

metáforas se puede decir que “la memoria de los traumas es como un barrio peligroso: mejor no ir allí solos” (Rojas, 2011).

Del conjunto de terapias, por el éxito que aportan en el tratamiento del trauma, quiero pararme brevemente en dos: una, la Terapia Focalizada en las Emociones (Greenberg y Watson, 2006), y otra, en la Terapia por Reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular rápido de los ojos (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* -EMDR-) (Shapiro, F, 1989)

La Terapia Focalizada en las Emociones nos presenta que integrar (no extirpar, ni deshacerse) el afecto básico dentro de la autoorganización existente supone las tareas siguientes:

- Diferenciar, simbolizar, apropiarse y articular la experiencia emocional corporalmente sentida.
- Permitir y aceptar nuestras emociones.
- Aprender a utilizarlas como señales.
- Ser capaces de sintetizar emociones diferentes y contradictorias en respuesta a una misma persona o situación.

Las respuestas emocionales primarias son creativamente organizadoras, ya que nos ayudan a establecer una meta prioritaria. Así, cuando ayudamos a nuestros pacientes a atender y simbolizar su experiencia emocional, esto les ayuda a acceder a intereses/metas/necesidades importantes y les sirve para crear nuevos significados. Nuestra experiencia de los estados emocionales es construida en cuanto a lo que conscientemente sentimos, en referencia al sentimiento de lo que ocurre, sentido en el cuerpo, simbolizado en la conciencia, y reflexionando sobre ellos y formando narrativas que los explican, creando así el *self* en el que nos convertimos en ese momento.

Asimismo, EMDR se presenta como una técnica neuropsicológica que permite mantener la aleostasis del paciente, fomentando que la información congelada asociada al trauma, y que es revivida de diferentes formas una y otra vez, y que afecta a situaciones actuales, aunque haya ocurrido en el pasado muy lejano, sea desensibilizada, procesada e integrada de forma adaptativa en el presente y de manera consciente, permite una integración neuroemocional.

Desde su inicio la técnica ha evolucionado a un modelo de procesamiento de la información adaptativo (Shapiro, 2001) que se ha desarrollado precisamente para explicar los efectos terapéuticos del EMDR. Durante el procedimiento no solo se utiliza la estimulación bilateral a través de provocar movimientos laterales de los ojos, sino también a través de pequeños golpecitos en los dos lados del cuerpo, por ejemplo en las manos, los hombros o las rodillas (*tapping*), o de estímulos auditivos bilaterales, etc.

Por ello, el nombre primitivo de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* parece limitante y la propia Shapiro plantea que las siglas mejor podrían corresponder a *Emotional and Mental Development and Reorganization* (Desarrollo y Reorganización Mental y Emocional).

Las cicatrices dejadas en el cerebro por los accidentes más difíciles de la vida no se borran con facilidad. Hay veces en que los pacientes continúan mostrando síntomas decenas de años después del traumatismo inicial. Saben que ya no corren peligro. Lo saben, pero no lo sienten. Todo sucede como si las partes del cerebro cognitivo que contienen todo el saber apropiado no llegasen a entrar en contacto con las zonas del cerebro emocional marcadas por el traumatismo, que continúan evocando las emociones dolorosas.

Franz Alexander (1891-1964) considera la terapia como una experiencia emocional correctora, que permite recuperar a través de la relación, mediante la psicoeducación y la reexperimentación, la totalidad del ser humano, rota por la vehemencia en la experimentación de las emociones: “empoderamos” al adulto a medida que el niño procesa a través de “su” padre protector, primero, y desde nuestro padre protector, como psicoterapeuta.

Se puede considerar que los principios del cambio emocional son: toma de conciencia, expresión, regulación, reflexión y transformación. Por ello, estamos en un proceso continuo consciente en describir y simultáneamente crear quiénes somos. Requiere la participación de la atención focal (dual del paciente: adulto y niño) para el procesamiento (transformación) de la información emocional automática en experiencia explícita y en lo que será recordado. El cambio exitoso del *self* implica la articulación, elaboración y transformación de la historia de vida del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballesteros, S. (2012). *Psicología de la Memoria. Estructuras, Procesos, Sistemas*. Madrid: Universitas.
- Bermúdez, J., Pérez-García, A. M., Ruiz, J. A., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2011). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.
- Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Actas Españolas de Psiquiatría, Vol. 25, nº 1, pp. 29-39.
- Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). *Emociones positivas: humor positivo*. Papeles del Psicólogo, Vol 27, nº 1, pp. 18-30.
- Cierpka, M. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Fernández-Abascal, E., García, B., Jiménez, M. P., Martín, M. D. y Domínguez, F. J. (2011). *Psicología de la Emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- García, P., Goodman, R., Mazaira, J., Torres, A., Rodríguez-Sacristán, J., Hervás, A. y Fuentes, J. (2000). *El cuestionario de capacidades y dificultades*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, nº 1, pp 12-17.
- González, M. J. (2012). *Psicología del Pensamiento*. Madrid: Sanz y Torres.
- Horno, P. (2009). *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S. (1981). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1987). *From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks*. Annual Review of Psychology, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. y Laurier, J. (1978). *Coping theory and research: Past, present and future*. Psychosomatic Medicine, 55, 234-247.
- Lluch, M. (2003). *Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva*. Psicología Conductual, Vol 11, nº 1, pp 61-78.
- Manciaux, M. (2005). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martorell, J. L. (2005). *El guión de vida*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mejía, R. (2003). *Resiliencia: ¿ilusión o realidad?* Revista CES Medicina, vol 17, nº 1, pp57-62.
- Melillo, A. y Suárez, E. (2005). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Morales, C. (2003). *El abordaje integrativo de la personalidad en la teoría de Theodore Millon*. Interdisciplinaria, Vol. 20, Número 1.
- Mosquera, D., González, A. y Van der Hart, O. (2011). *El Trastorno Límite de Personalidad desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad*. Revista Persona, 11(3), 10-40
- Ogden, P., Minton, K. y Pain C. (2009). *El trauma y el cuerpo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). *El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas*. Boletín de Psicología, 58, 61-96.
- Pérez-Sales, P. (2004). *El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia*. Norte de Salud Mental, 20, 29-36
- Pérez, F.; Alvarado, L.; De la Parra, G., y Dagnino, P. (2009). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador*. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Vol 47 (4)
- Rodríguez-Vega, B.; Amador, B., y Bayón, C. (2007). *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rojas, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Barcelona: Espasa Libros.
- Rojas, L. (2011). *Eres tu memoria. Conócete a ti mismo*. Barcelona: Espasa Libros.
- Rutter, M. (1993). *La resiliencia: consideraciones conceptuales*. Journal of Adolescent Health, Vol. 14, nº 8.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*. Liberabit, nº 14, pp 31-40.
- Sánchez-Elvira, P (2005). *Introducción al Estudio de las Diferencias Individuales*. Madrid: Sanz y Torres.
- Sandín, B. (1993). *Estrés y salud: Factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física*. En J. Buendía (Ed.), *Estrés y psicopatología* (pp. 148-180). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (2003). *El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3, 141-157
- Sandín, B. (2008) (Ed.). *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (2ª ed.). Madrid: Klinik.
- Sanz, M. T.; Menéndez, F. J.; Rivero, M. P., y Conde, M. (2009). *Psicología de la Motivación*. Madrid: Sanz y Torres.
- Shapiro, F. (1989). *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories*. Journal of Traumatic Stress Studies, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). *EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective*. In F. Shapiro, F. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 3-36). New York: Wiley.
- Vera, B. (2006). *Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología*. Papeles del Psicólogo, Vol. 27, nº 1, pp. 3-8.