

Crecimiento postraumático en situaciones de vulneración de Derechos Humanos en víctimas de tortura. Una revisión sistemática

Post-Traumatic Growth in Human Rights Violation Situations in torture victims: A Systematic Review

Antonio L. Manzanero e Irene Gismero

Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen: Actualmente se considera que, tras experiencias traumáticas, pueden surgir cambios positivos conocidos como crecimiento postraumático (CPT). Esta revisión analiza estos cambios en víctimas de tortura, en el contexto de vulneraciones de Derechos Humanos. Sus objetivos son explorar la prevalencia del CPT en estas víctimas, identificar factores que influyen en su desarrollo y examinar la relación entre síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y manifestaciones de CPT. Se seleccionaron 21 artículos relevantes tras una búsqueda en Web of Science y Scopus. Los resultados muestran heterogeneidad en tres áreas clave: la prevalencia de CPT, reportada en niveles moderados y altos; la relación entre CPT y TEPT, caracterizada por su coexistencia; y las correlaciones del CPT con variables como género, edad, factores socioeconómicos, personalidad, religiosidad, estrategias cognitivas, calidad de vida, apoyo social, gravedad del evento y cultura. Los hallazgos coinciden con la literatura existente, aportando implicaciones para la evaluación e intervención psicológica en supervivientes de tortura y experiencias similares.

Palabras clave: crecimiento postraumático, trastorno de estrés postraumático, tortura, trauma, refugiados

Abstract: It is currently recognized that positive changes, known as posttraumatic growth (PTG), may arise following traumatic experiences. This review examines such changes in torture victims within the context of human rights violations. Its objectives are to explore

Antonio L. Manzanero Es Doctor en Psicología, especialista en el estudio de las memorias autobiográficas. Desde 1989 investigador sobre aspectos relacionados con las víctimas desde la Psicología del Testimonio, desarrollando protocolos para la intervención con víctimas de abuso sexual infantil y otras víctimas vulnerables en el marco de los Derechos Humanos, analizando los factores que pueden influir en los errores que provocan falsos culpables y estudiando los recuerdos traumáticos en víctimas de guerra, de torturas, de desastres naturales y de atentados terroristas.

Irene Gismero Es Psicóloga y Criminóloga.

Para citar este artículo: Manzanero, A. L. y Gismero, I. (2025). Crecimiento postraumático en situaciones de vulneración de Derechos Humanos en víctimas de tortura. Una revisión sistemática. *Clínica Contemporánea*, 16(3), Artículo e19. <https://doi.org/10.5093/cc2025a17>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a Antonio L. Manzanero al email: antonio.manzanero@psi.ucm.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

the prevalence of PTG in these victims, identify factors influencing its development, and examine the relationship between symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and manifestations of PTG. A total of 20 relevant articles were selected after conducting a search in Web of Science and Scopus. The findings reveal heterogeneity in three key areas: the prevalence of PTG, reported at moderate and high levels; the relationship between PTG and PTSD, characterized by their coexistence; and the correlations of PTG with variables such as gender, age, socioeconomic factors, personality traits, religiosity, cognitive strategies, quality of life, social support, event severity, and culture. These findings align with existing literature, offering implications for the assessment and psychological intervention of torture survivors and individuals with similar experiences.

Keywords: posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder, torture, trauma, refugees

Hace unas décadas, las investigaciones sobre eventos traumáticos se centraban principalmente en sus consecuencias negativas, aunque no todas las personas expuestas a estas experiencias desarrollan trastornos psicológicos (Tedeschi y Calhoun, 2004). Sin embargo, hoy en día se valora la posibilidad de que el trauma genere un impacto positivo, pasando de un enfoque patogénico a uno salutogénico (Guarch-Rubio et al., 2025). Estudios con supervivientes de eventos traumáticos muestran que una proporción significativa percibe cambios positivos en sí mismos tras el trauma (Powell et al., 2003), lo que podría favorecer la intervención terapéutica (Linley y Joseph, 2004).

Estos cambios, conocidos como crecimiento postraumático (CPT), se han observado en situaciones diversas como duelos, problemas médicos, cáncer, accidentes, acoso escolar, desastres naturales, agresiones sexuales, conflictos bélicos y refugiados (Contreras et al., 2025; Von Arcosy et al., 2023; Zoellner & Maercker, 2006). Aunque el CPT ha sido estudiado en múltiples contextos, esta revisión se centra en casos de vulneración de Derechos Humanos, especialmente en víctimas de tortura, un ámbito menos investigado.

¿Qué es el Crecimiento Postraumático?

El crecimiento postraumático (CPT o PTG, por sus siglas en inglés), definido por Tedeschi y Calhoun en 1996, se refiere a los cambios positivos que surgen tras enfrentar crisis vitales altamente desafiantes (Tedeschi y Calhoun, 2004). Estos cambios, de naturaleza cognitiva, emocional y conductual, implican que la persona perciba que sus esquemas básicos han sido profundamente amenazados (Tedeschi et al., 2015). El CPT puede coexistir con el daño psíquico asociado al trauma, mostrando correlaciones positivas con estrés postraumático, especialmente en pensamientos intrusivos y rumiación (Liu et al., 2017; Morris et al., 2005) que, en traumas prolongados, podrían vincularse a recuerdos positivos (Manzanero et al., 2020).

El CPT no se limita a recuperar el bienestar previo, sino que supone una transformación que supera el estado anterior, marcando cambios significativos en la percepción de desarrollo personal. Así, va más allá de la resistencia al daño, implicando una adaptación cualitativa superior. No obstante, como señalan Zoellner y Maercker (2006), el CPT se mide principalmente en términos subjetivos.

Según el modelo de proceso del CPT, el trauma se entiende como la ruptura de los esquemas sobre el mundo, la identidad y el futuro, representando desafíos importantes para los recursos adaptativos de la persona (Janoff-Bulman, 1992; Tedeschi y Moore, 2021). Además, el componente emocional resulta clave, diferenciando al CPT de otros procesos de desarrollo. De hecho, quienes enfrentan eventos traumáticos más graves tienden a experimentar niveles más altos de CPT (Tedeschi y Calhoun, 2004), valorando su experiencia por el desarrollo percibido al afrontar la situación. El CPT, por tanto, no es un esfuerzo consciente por obtener algo positivo, sino una consecuencia de los intentos psicológicos de superar el trauma.

El Proceso de Crecimiento Postraumático

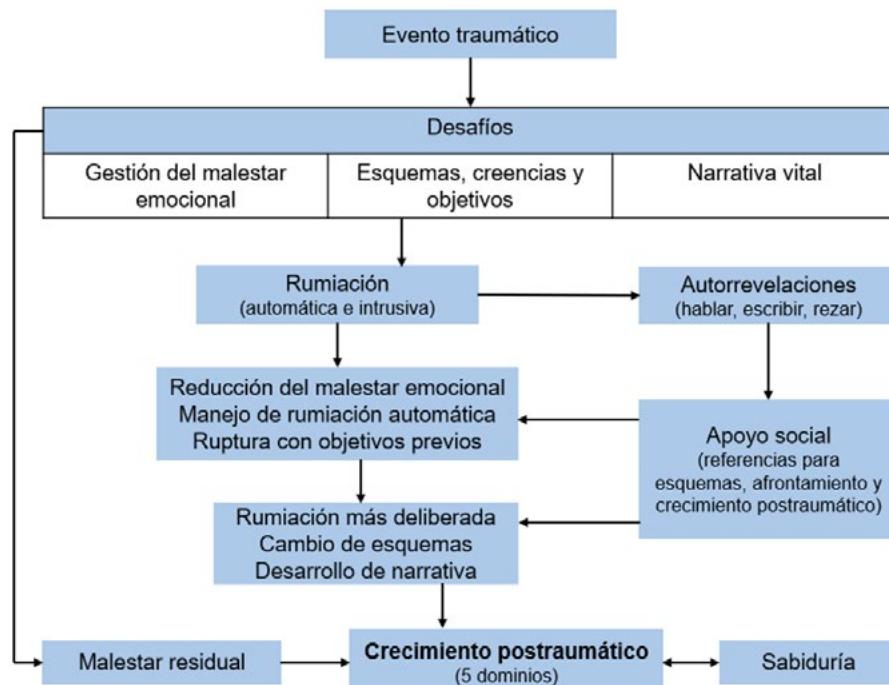
El CPT no surge de manera directa o automática tras un acontecimiento traumático (Tedeschi y Calhoun, 2004), sino como resultado del procesamiento cognitivo necesario para adaptarse a una nueva realidad desafiante. Puede entenderse como un proceso y un resultado, pero no como una simple estrategia de afrontamiento (Tedeschi y Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2015).

El modelo del proceso de CPT (Tedeschi et al., 2018), basado en Janoff-Bulman (1992), describe cómo ciertos eventos desafían los esquemas personales, generando un gran malestar al no poder comprender lo ocurrido. En este estado, las personas deben reconstruir su sistema de creencias para recuperar el equilibrio psicológico. Inicialmente, el procesamiento cognitivo es automático, dominado por pensamientos intrusivos y rumiación negativa, acompañados de estrategias para manejar el malestar emocional (Tedeschi y Calhoun, 2004; Tedeschi et al., 2015). Más adelante, una rumiación más deliberada permite reinterpretar la experiencia, reconstruir creencias y desarrollar una narrativa personal coherente. El apoyo social desempeña un papel clave en este proceso, facilitando la autorrevelación y aportando nuevas perspectivas (Manzanero et al., 2024).

Un entorno social de apoyo estable promueve la expresión emocional y el debate sobre perspectivas, lo que favorece el CPT. Además, el reconocimiento social de la víctima y los intentos de reparación pueden contribuir a superar el trauma (Prati y Pietrantoni, 2009; Simancas-Fernández et al., 2022). Sin embargo, la ausencia de apoyo puede aumentar el riesgo de trastornos psicológicos (Guarch-Rubio et al., 2020, 2023; Tedeschi et al., 2015). Curiosamente, el malestar psicológico persistente puede mantener activo el procesamiento de la experiencia, permitiendo el crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 1996).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), asociado a alteraciones de memoria y alta accesibilidad de recuerdos traumáticos (Brewin, 2001; Manzanero y Morales-Valiente, 2024), puede relacionarse con mayores niveles de CPT a lo largo del tiempo en comparación con quienes no presentan dicho diagnóstico (Denkel et al., 2012).

Figura 1. Adaptación del Proceso de Crecimiento Postraumático de Tedeschi y Calhoun (2004)



Componentes del Crecimiento Postraumático y su Evaluación

El CPT es un constructo multidimensional compuesto por cinco dominios: 1) Nuevas Posibilidades, que implica reconocer alternativas en la vida; 2) Relacionarse con Otros, referido al desarrollo de vínculos más profundos y compasión hacia los demás; 3) Fuerza Personal, la sensación de poseer una fortaleza interna para afrontar adversidades; 4) Cambio Espiritual, relacionado con un mayor compromiso existencial o religioso; y 5) Apreciación de la Vida, que refleja cambios en prioridades y valoración de aspectos simples de la vida (Morris et al., 2005; Tedeschi y Calhoun, 1996).

Estos dominios se evalúan con el *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), un instrumento de 21 ítems diseñado para medir beneficios percibidos tras eventos traumáticos en áreas como autopercepción, relaciones y filosofía de vida (Tedeschi y Calhoun, 1996). El PTGI ha sido validado en diversos contextos y tipos de traumas (Wu et al., 2019; Zoellner y Maercker, 2006), aunque estudios como el de Powell et al. (2003) en refugiados bosnios encontraron variaciones en su estructura de dominios, posiblemente influenciadas por factores culturales e históricos.

Posteriormente, se desarrollaron versiones adaptadas como el PTGI-sf (Cann et al., 2010) y el PTGI-X, que amplía el dominio de Cambio Espiritual con ítems adicionales para incluir experiencias no necesariamente religiosas, incrementando a 25 el total de ítems (Tedeschi et al., 2017).

Qué No es el Crecimiento Postraumático

El CPT se distingue de otros conceptos como resiliencia, optimismo o sentido de coherencia, que aunque relacionados, no son equivalentes (Tedeschi y Calhoun, 2004). Estos términos aluden a capacidades personales que facilitan un afrontamiento adaptativo ante situaciones adversas. Por ejemplo, la resiliencia se define como la capacidad de continuar con la vida pese a la adversidad, mientras que el CPT implica una transformación profunda en la percepción del mundo o de uno mismo. Es decir, la resiliencia refleja la restauración del estado previo, mientras que el CPT conlleva un cambio trascendental en la forma de vivir o comprender la realidad.

Las personas con alta resiliencia podrían experimentar niveles más bajos de CPT, ya que afrontan el trauma de manera adaptativa sin un malestar intenso, un factor clave para el desarrollo del CPT (Denkel et al., 2012; Tedeschi y Calhoun, 2004; Tedeschi y McNally, 2011). En este sentido, el CPT no depende únicamente de la exposición al evento traumático, sino de la capacidad para manejar el malestar emocional derivado del mismo (Tedeschi et al., 2015).

Vulneración de Derechos Humanos, tortura y crecimiento postraumático

Según el artículo 1 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1984), se entiende por tortura:

Cualquier acto por el cual se inflaja intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No incluye los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o inherentes o incidentales a éstas. (p. 1)

Así, diferentes estados y comunidades internacionales han prohibido el empleo de la tortura, como se refleja en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos (ECHR, 1950) y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969).

Aunque la tortura pueda parecer lejana, Amnistía Internacional documentó casos en 141 países entre 2009 y 2013, destacando su persistencia global (Amnistía Internacional, 2015). Entre 2014 y 2015, esta organización señaló su frecuencia en países como México, Marruecos, Nigeria, Filipinas y Uzbekistán. Un informe reciente (2022/2023) evidencia su continuidad en todos los continentes, con especial incidencia en conflictos armados y contextos de migración. Los sistemáticos ataques de Israel contra la población palestina en la Franja de Gaza y Cisjordania durante las últimas décadas (Organización de las Naciones Unidas, 12 de noviembre de 2024), la persecución de los rohingya en Myanmar (ONU, 8 de mayo de 2024) y los distintos conflictos armados, incluida la invasión de Ucrania (ONU, 1 de octubre de 2024), han multiplicado los casos de torturas en el mundo.

El impacto psicológico de la tortura es devastador, manifestándose en secuelas como el TEPT (Bogic et al., 2012; De Jong et al., 2003; Guarch-Rubio et al., 2020; Handiso et al., 2023; Manzanero et al., 2021, 2024; Priebe et al., 2013; Steel et al., 2009). La tortura puede ser física, sexual o psicológica, y afectar a minorías, activistas, refugiados o personas en situaciones fortuitas. Las víctimas enfrentan secuelas físicas y psicológicas duraderas, aunque también podrían experimentar algún grado de CPT, como ocurre con otros eventos traumáticos. Investigaciones reportan evidencia de CPT en sobrevivientes de tortura en contextos de guerra, alcanzando un 60% de casos en ciertos estudios (Sledge et al., 1980; Tedeschi y McNally, 2011).

Los objetivos de esta revisión sistemática son tres. En primer lugar, se busca examinar la prevalencia del crecimiento postraumático (CPT) en personas que han vivido experiencias de tortura o vulneraciones graves de derechos humanos, con el fin de identificar en qué medida se reportan cambios positivos tras el trauma. En segundo lugar, se pretende identificar los principales factores personales, contextuales y culturales que se asocian con el desarrollo del CPT en esta población, considerando variables como género, edad, religiosidad, estrategias cognitivas, apoyo social y gravedad del evento. Finalmente, se analiza la relación entre los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las manifestaciones de CPT, con el propósito de explorar si ambos fenómenos pueden coexistir y cómo se vinculan en contextos de trauma extremo.

Metodología

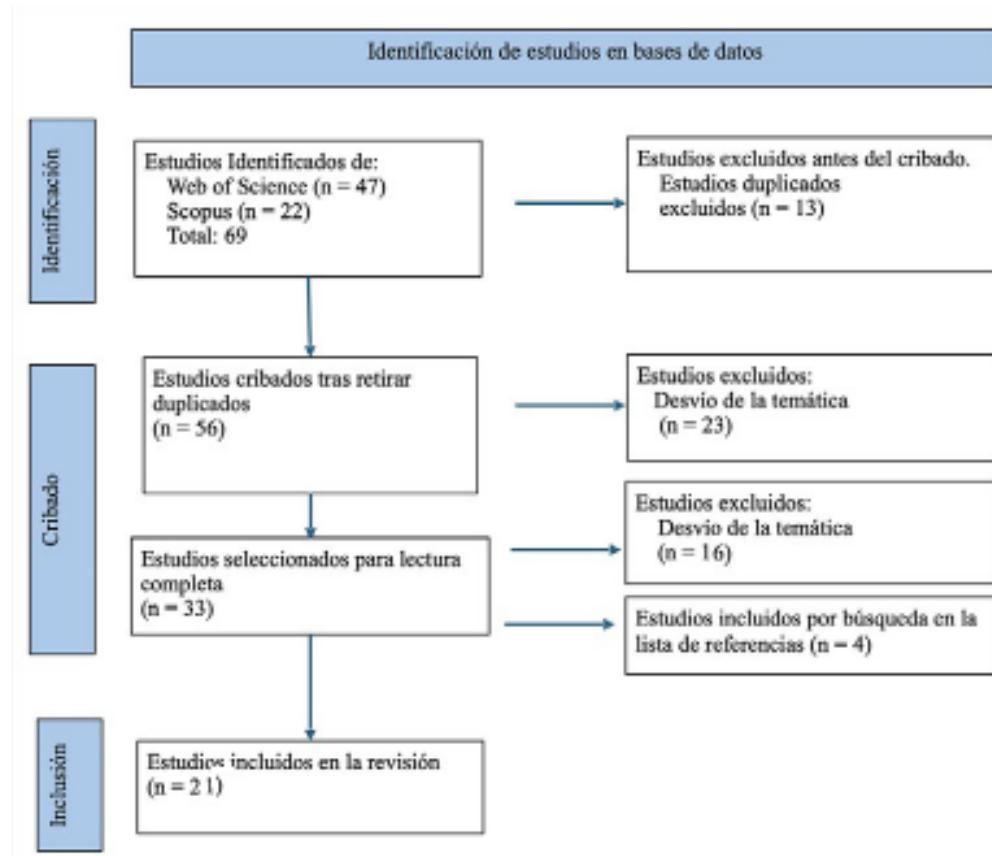
Este estudio se llevó a cabo siguiendo las directrices del sistema PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) según Page et al. (2021) y Perestelo-Pérez (2013). Se realizó una búsqueda bibliográfica en febrero de 2024 en las bases de datos Web of Science y Scopus para identificar estudios sobre CPT y violación de derechos humanos en contextos de conflictos armados, violencia política y persecución que implicaran actos de tortura. Se emplearon operadores booleanos y se filtraron los resultados para incluir solo artículos revisados por pares, excluyendo tesis, libros y trabajos no publicados. No se aplicó un filtro por fecha de publicación.

La búsqueda de CPT y violación de derechos humanos no arrojó ningún resultado. Por ello, se modificó la búsqueda centrándola en artículos sobre CPT y tortura. Así, en Web of Science, se utilizaron los términos “torture”, “posttraumatic growth” y sus variantes en el tema. La búsqueda fue: TS=(posttraumatic growth OR post traumatic growth OR post-traumatic growth OR PTG) AND TS=(torture*). En Scopus, se emplearon los mismos términos para el título, abstract o palabras clave, con la búsqueda: “posttraumatic growth OR post traumatic growth OR post-traumatic growth OR PTG” AND “torture”.

La búsqueda se realizó en inglés debido a la predominancia de publicaciones científicas en ese idioma y se limitó solo a publicaciones tipo artículo. Se identificaron 47 artículos en WoS y 22 en Scopus, de los cuales se excluyeron 13 duplicados, como se muestra en la Figura 2.

A continuación, se revisaron los títulos, resúmenes y palabras clave de los estudios obtenidos para descartar aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión o que cumplieran con los de exclusión. En cuanto a los criterios de inclusión, no se establecieron restricciones respecto a la fecha de publicación, ya que no se encontraron resultados previos al siglo XXI. Además, se requería que la temática estuviera relacionada con la tortura o circunstancias similares (como prisioneros, guerra o refugiados), y que los estudios se centraran en víctimas o supervivientes adolescentes o adultos, excluyendo la infancia, ya que en esa etapa

Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según criterios PRISMA



aún no se han formado esquemas sólidos sobre el mundo y uno mismo (Tedeschi y Calhoun, 2004). También se permitió una amplia gama de diseños de investigación (observacionales, de revisión, entre otros).

En esta fase, se excluyeron 23 artículos por no ajustarse al tema principal de la revisión. Esto incluyó artículos sobre violencia sexual, sobre intervenciones sin analizar la relación entre las variables del estudio y sobre CPT vicario o secundario. Así, quedaron 16 artículos para su lectura completa.

Posteriormente, en la fase de extracción de datos, se encontraron 4 artículos adicionales mediante búsqueda manual de referencias que cumplían con los objetivos de la revisión, mientras que 16 artículos fueron excluidos tras la lectura completa por no ajustarse a los objetivos. En total, se incluyeron 21 estudios.

En cuanto a los criterios de inclusión relacionados con la tortura o circunstancias similares, la selección fue rigurosa pero flexible. Dado el número limitado de resultados sobre tortura, se permitió la inclusión de algunos estudios que, aunque no trataban directamente sobre tortura, mantenían una relación estrecha con esta temática.

Resultados

Se evaluó la calidad de los artículos incluidos en la revisión en función del factor de impacto de la revista en la que se publicaron (Tabla 1), lo que sugiere que, en promedio, el índice de impacto de las revistas de referencia es medio.

Tabla 1. Revistas de Publicación y Factores de Calidad

Autores (fecha)	Revista	JIF ese año	Cuartil según JIF
Al et al. (2007)	Journal of Positive Psychology	1.7 (2011)	Q2 (2011)
Brunnet et al. (2020)	Encephale-Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Therapeutique	1.3	Q4
Cárdenas et al. (2016)	Journal of Interpersonal Violence	1.9	Q2
Cenzig & Cakici (2019)	Anatolian Journal of Psychiatry	0.3	Q4
Feder et al. (2008)	Psychiatry	3.2	Q1
Hussain & Bhushan (2011)	Journal of Clinical Psychology	2.1	Q2
Johnson et al. (2009)	Ethnicity & Health	1.67	Q1
Kahraman & Kina (2024)	Journal Of Aggression Conflict and Peace Research	0.8	Q4
Kira et al. (2006)	Peace And Conflict-Journal of Peace Psychology		-
Kira et al. (2022)	Peace And Conflict-Journal of Peace Psychology	1.2	Q4
Kirseven & Işıkli (2020)	Europe's Journal of Psychology	1.8 (2023)	Q2
Kroo & Nagy (2011)	Journal Of Loss & Trauma	1.0	Q3
Powell et al. (2023)	Journal of Clinical Psychology	2.5	Q2
Rizkalla & Segal (2018)	Journal Of Traumatic Stress	1.8	Q3
Salo et al. (2004)	Anxiety Stress and Coping	0.8	Q2
Salo et al. (2005)	Anxiety Stress and Coping	0.5	Q3
Solomon & Dekel (2007)	Journal of Traumatic Stress	1.6	Q2
Stasielowicz (2022)	International Journal of Workplace Health Management	2.2	Q2
Sultani et al. (2024)	Trauma, Violence & Abuse	5.4	Q1
Taylor et al. (2020)	Traumatology	3.2 (2022)	Q2
Teodorescu et al. (2012)	Health And Quality of Life Outcomes	2.3	Q1

Nota. JIF = Journal Impact Factor.

Tabla 2. Características Principales de los Estudios Incluidos

Autores (fecha)	Diseño temporal	Tipo de experiencia	Origen de la muestra	Tamaño y sexo de muestra (% varones)	Medidas de evaluación	Resumen de resultados
Ai et al. (2007)	Longitudinal	Refugiados de guerra	Kosovo (refugiados en EEUU)	n=50. Mixto (54%)	CTEI HS MCS PSS SRGS	Los resultados muestran una asociación positiva entre el CPT y la esperanza y estrategias de afrontamiento cognitivo. No hallan relación entre CPT y síntomas de TEPT.
Brunnet et al. (2020)	Revisión teórica	-	-	26 estudios	-	En la literatura se encontró que ser más joven, recibir asesoramiento y la calidad de vida se asociaban positivamente con el CPT, mientras que los factores estresantes post-migración se asociaban negativamente con él.
Cárdenes Castro et al. (2016)	Transversal	Prisioneros políticos/violencia institucional	Chile	n=251. Mixto (41,3%)	COPE-28 ERRI PTGI-SF	Encuentran una relación serial en la que el impacto de los sucesos traumáticos se asocia con el CPT a través 2 de variables mediadoras, la rumiación deliberada en primer lugar y la reevaluación cognitiva positiva en segundo lugar.
Cenzig & Cakici (2019)	Transversal	Refugiados de guerra	Siria (refugiados en Turquía)	n=310. Mixto (52,9%)	CD- RISC HTQ IES-R PTGI	Los resultados indican que las personas con TEPT mostraban mayores niveles de CPT. Se encuentra una relación positiva entre CPT y resiliencia, siendo que la resiliencia favorece el CPT.
Feder et al. (2008)	Transversal	Exprisioneros de guerra	Estados Unidos	n=30 valores (100%)	CAPS-1 IDS-C30 LOT-R MOS SSS PILS PTGI RCOPE SCID	Los resultados indican que el nivel de CPT entre los exprisioneros era moderado y que este se asociaba positivamente con el tiempo de cautiverio y con el optimismo. No hallaron relación entre CPT y psicopatología.
Hussain & Bhushan (2011)	Transversal	Refugiados de guerra	Tíbet (refugiados en India)	n=226. Mixto (50%)	CERQ IES PTGI RTEI	Estrategias de regulación cognitivo-emocional como la aceptación y la puesta en perspectiva se relacionan con síntomas de TEPT, mientras que la reorientación positiva, reorientación hacia la planificación, puesta en perspectiva y la catastrofización se asociaron con el CPT.
Johnson et al. (2009)	Transversal	Refugiados de guerra	Siria, Kosovo, Somalia, Irak, Irán, Turquía (refugiados en Reino Unido)	n= 9. Mixto (66,6%)	IPA Entrevista semiestructurada	El estilo de atribución, las creencias religiosas y el uso de la experiencia para ayudar a otros desempeñaron un papel clave a la hora de ayudar a los participantes a gestionar su vivencia.

Tabla 2. Características Principales de los Estudios Incluidos (Continuación)

Autores (fecha)	Diseño temporal	Tipo de experiencia	Origen de la muestra	Tamaño y sexo de muestra (% varones)	Medidas de evaluación	Resumen de resultados
Kahraman & Kina (2024)	Transversal	Conflictos armados	Turquía	n=324. Mixto (47,5%)	BRS MSPSS PDS PTGI SCL-90-R WAS	Las creencias sobre el mundo, el apoyo social percibido y el nivel de síntomas de TEPT se asociaban con el CPT. Mayores síntomas de TEPT se relacionaron positivamente con el CPT, y entre las personas expuestas a encarcelamiento y tortura había mayores tasas de síntomas de TEPT.
Kira et al. (2006)	Transversal	Refugiados de guerra	Irak (refugiados en Estados Unidos)	Estudio 1: n=356. Mixto (56,5%) Estudio 2: n=499. Mixto (54,9%)	CAPS-2 CTDS CTS Health Scale PTGA (1 ítem) Social Support Scale Torture Severity Scale	Se compara un grupo de personas torturadas con otro de personas no torturadas y encuentran que los primeros, a pesar de haber experimentado mayores niveles de trauma, muestran más resiliencia, adaptación sociocultural y mayor CPT.
Kira et al. (2022)	Transversal	Desplazamiento interno	Siria	n=891. Mixto (53,5%)	CD-RISC MOS SSS PTGI-SF WTELS-F Long Version	El grupo de torturados, en comparación con los no torturados, mostraron mayores niveles de resiliencia, apoyo social, CPT y voluntad de vivir y existir. La relación entre tortura y CPT está mediada por la alta voluntad de existir, vivir, sobrevivir y luchar.
Kirseven & Işıkli (2020)	Transversal	Violencia política (manifestaciones)	Turquía	n=514. Mixto (38,1%)	Entrevista MSPSS PDS PTGI WAS	Los niveles de CPT estaban relacionados con los niveles de exposición a violencia y el tiempo de la experiencia, así como con las creencias sobre el mundo.
Kroo & Nagy (2011)	Transversal	Refugiados de guerra	Somalia (refugiados en Hungría)	n=53. Mixto (83%)	AHS Cuestionario de gravedad del trauma LOT-R PTGI RCOPE	Encuentran niveles moderados/altos de CPT en la muestra, así como relaciones positivas entre el CPT y variables como la esperanza, apoyo social percibido y religiosidad.
Rizkalla & Segal (2018)	Transversal	Refugiados de guerra	Siria (refugiados en Jordania)	n=250. Mixto (45,4%)	HTQ K6 MINI PTGI WEQ	Encuentran que el CPT aumentaba en asociación con los ingresos económicos y la asistencia de ONGs, así como con la ausencia de psicosis y trastornos afectivos. No encuentran relación entre el CPT y síntomas de TEPT.

Tabla 2. Características Principales de los Estudios Incluidos (Continuación)

Autores (fecha)	Diseño temporal	Tipo de experiencia	Origen de la muestra	Tamaño y sexo de muestra (% varones)	Medidas de evaluación	Resumen de resultados
Salo et al. (2004)	Transversal	Expresioneros políticos	Palestina	n=117 varones (100%)	ADP Entrevista HTQ PTGI	Los patrones de representación del mundo, de otros y de uno mismo se relacionan con los síntomas de TEPT y con el CPT. Las víctimas con representaciones negativas mostraron niveles más altos de TEPT y menores de CPT, en comparación a las víctimas con representaciones más positivas.
Salo et al. (2005)	Transversal	Expresioneros políticos	Palestina	n=275 varones (100%)	AAQ Cuestionario experiencia emocional negativa Entrevista PTGI	Un alto nivel de tortura se asocia con bajos niveles de CPT y altos niveles de emociones negativas, aunque esta relación estaba moderada por el estilo de apego. Las víctimas con apego seguro sí mostraron alto CPT.
Solomon & Dekel (2007)	Longitudinal	Expresioneros/veteranos de guerra	Israel	n=209 varones (100%)	Cuestionario afrontamiento en cautiverio PTGI PTSDI	Los resultados indican que los expresioneros de guerra presentaban niveles más elevados de TEPT y CPT que los veteranos del grupo control. Se encontraron asociaciones lineales y cuadráticas entre el TEPT y el CPT.
Stasielowicz (2020)	Transversal	Refugiados y solicitantes de asilo	Siria, Afganistán, otros (refugiados en Alemania)	n=69 (63.7%)	Mixto ITQ SRGS APQ	CPT se asocia positivamente con rendimiento adaptativo. TEPT se relaciona negativamente con el rendimiento orientado a tareas, pero no hay evidencia concluyente sobre su efecto en el rendimiento social. No se encontró que el CPT modere la relación entre TEPT y rendimiento adaptativo.
Sultani et al. (2024)	Revisión	Refugiados y solicitantes de asilo	-	26 estudios	Metaanálisis	El CPT se asoció positivamente con religiosidad y afrontamiento religioso, estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en las emociones, y con intervenciones narrativas y comunitarias.
Taylor et al. (2020)	Transversal	Refugiados y solicitantes de asilo	Nigeria, Guinea, Sierra Leona, República Democrática del Congo, Liberia, Zimbabwe, Irán (refugiados en Reino Unido)	n=12. Mixto (25%)	IPA Entrevista	Los participantes informaron de características relacionadas con resiliencia y CPT, como el aumento de la gratitud y el deseo de ayudar. La religión apareció como una fuente importante de apoyo psicológico.

Tabla 2. Características Principales de los Estudios Incluidos (Continuación)

Autores (fecha)	Diseño temporal	Tipo de experiencia	Origen de la muestra	Tamaño y sexo de muestra (% varones)	Medidas de evaluación	Resumen de resultados
Teodorescu et al. (2012)	Transversal	Refugiados de guerra	Europa del Este, África, Oriente Medio, Latinoamérica (refugiados en Noruega)	n=55. Mixto (58%)	Entrevista HSCL-25-DS IES-R LEC MINI PTGI-SF SCID-PTSD WHOQOL-Bref	Tras la exposición a eventos traumáticos las personas de la muestra mostraron tanto síntomas de psicopatología como CPT. No obstante, solo 1/3 mostró alto nivel de CPT y la mayoría mostró psicopatología. El CPT estaba asociado positivamente con la calidad de vida.

Nota. AAQ = Adult Attachment Questionnaire; ADP = Analysis of Descriptions of Parents; AHS = Adult Hope Scale; APQ = Adaptive Performance Questionnaire; BRS = Brief Resilience Scale; CAPS-1 = Clinician-Administered PTSD Scale; CAPS-2 = Clinician-Administered PTSD Scale; CD-RISC = Connor-Davidson Resilience Scale; CERQ = Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; COPE-28 = Coping Orientation to Problems Experienced Inventory; CTDS Cumulative Trauma Disorders Scale; CTEI = Communal Traumatic Events Inventory; CTS = Cumulative Trauma Scale; ERRI = Event-Related Rumination Inventory; HS = Hope Scale; HSCL-25-DS = Hopkins Symptom Check List-Depression Scale; HTQ = Harvard Trauma Questionnaire; IDS-C30 = Clinician-Administered Inventory of Depressive Symptomatology; IES-R = Impact of Events Scale-Revised; IPA = Interpretative Phenomenological Analysis; ITQ = International Trauma Questionnaire; K6 = Kessler Psychological Distress Scale; LEC = Life Events Checklist; LOT-R = Life Orientation Test-Revised; MCS = Multidimensional Coping Scale; MINI = MINI International Neuropsychiatric Interview; MOS SSS = Medical Outcomes Study Social Support Survey; MSPSS = Multidimensional Scale of Perceived Social Support; PDS = Post-traumatic Diagnostic Scale; PILS = Purpose in Life Scale; PSS = Post-traumatic stress disorder Symptom Scale; PTGA = Post-Traumatic Growth Attitude; PTGI = Posttraumatic Growth Inventory; PTGI-SF = Posttraumatic Growth Inventory-Short Form; PTSDI = Posttraumatic Stress Disorder Inventory; SCID = Structured Clinical Interview for DSM; SCID-PTSD = Structured Clinical Interview for DSM-Posttraumatic Stress Disorder Module; RCOPE = Religious Coping Scale; RTEI = Refugee Trauma Experience Inventory; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; SRGS = Stress-Related Growth Scale; WAS = World Assumption Scale; WEQ = War Events Questionnaire; WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality of Life-Bref scale; WTELS-F = Will to Exist, Live and Survive/Fight.

En la Tabla 2 se detallan las características principales de los 20 estudios incluidos en esta revisión, publicados entre 2004 y 2024, y realizados en África, Asia, Europa, América del Norte y de Latinoamérica. La mayoría de los estudios son observacionales con diseño transversal (16), frente a dos estudios longitudinales. Solo dos de los estudios eran una revisión teórica.

Una mayoría de trabajos se centraba en analizar CPT y trauma en refugiados y solicitantes de asilo en países de destino, que habían sufrido vulneración de derechos humanos en sus países de origen o durante su huida. En general, las poblaciones estudiadas son principalmente refugiados de guerra y exprisioneros de guerra o políticos. Los hallazgos más relevantes de los estudios se agrupan en tres aspectos principales: la relación entre el CPT y los síntomas de TEPT, la relación entre el CPT y otras variables de interés, y la prevalencia de CPT encontrada. A continuación, se presentan los resultados más destacados.

Prevalencia de TEPT y CPT

La prevalencia de trastornos mentales en víctimas de experiencias traumáticas es generalmente baja. En Latinoamérica, Eisenman et al. (2003) reportaron una tasa de TEPT del 18% en refugiados de violencia política, y Sabin et al. (2003) encontraron un 9% en refugiados guatemaltecos. En Sudán del Sur, Ayazi et al. (2014) hallaron síntomas de TEPT en el 16.53% de los hombres, cuatro años después del conflicto armado.

Un metaanálisis de Fazel et al. (2005) encontró una prevalencia del 9% de TEPT en refugiados, mientras que Steel et al. (2009) reportó tasas del 30.6%. Según Brunnet et al. (2020), aproximadamente 1 de cada 10 refugiados en países occidentales tendría TEPT. Sin embargo, algunos estudios en esta revisión reportan tasas altas, como el 80% en refugiados sirios en Turquía (Cengiz y Cakici, 2019) o el 67.59% en un estudio en tibetanos refugiados en India (Hussain y Bhushan, 2011), lo que podría reflejar factores moderadores y diferencias metodológicas.

En cuanto al CPT, se han encontrado niveles moderados (Rizkalla y Segal, 2018), moderados-altos (Feder et al., 2008; Kroo y Nagy, 2011) y altos (Cárdenes Castro et al., 2016; Hussain & Bhushan, 2011). Cárdenes et al. (2016) reportaron que el 82.4% de la muestra obtuvo puntuaciones moderadas o altas, y Hussain y Bhushan (2011) encontraron un 73.02%. En un estudio de expresidentes de guerra, Feder et al. (2008) hallaron que el 63% presentó al menos un nivel moderado de cambios positivos, y el 37% mostró niveles altos o muy altos. Por otro lado, Teodorescu et al. (2012) informaron niveles medios-bajos de CPT.

Crecimiento Posttraumático y Síntomas de Estrés Posttraumático

Diversas investigaciones han analizado la relación entre el CPT y los síntomas de TEPT, encontrando resultados heterogéneos. Algunos estudios no hallan relación entre ambos (Ai et al., 2007; Feder et al., 2008; Rizkalla y Segal, 2018; Stasielowicz, 2022), mientras que otros encuentran una asociación positiva, es decir, niveles más altos de síntomas de TEPT se relacionan con mayores puntuaciones en las dimensiones de CPT (Cengiz y Cakici, 2019; Hussain y Bhushan, 2011; Kahraman y Kına, 2024; Solomon y Dekel, 2007). Solo un estudio reporta una relación negativa moderada (Teodorescu et al., 2012).

Destacan dos estudios que hallaron una correlación positiva. En el de Kahraman y Kına (2024), los supervivientes de encarcelamiento y tortura mostraron más síntomas de TEPT, pero sin efectos sobre el nivel de CPT. Por su parte, Solomon y Dekel (2007) observaron que los expresidentes de guerra presentaron mayores niveles de TEPT y de CPT, con una relación lineal entre ambas variables, además de una relación en forma de U invertida: a niveles medios de TEPT, el CPT era mayor.

Independientemente de la relación entre ambas variables, la mayoría de los estudios sugieren que el CPT y los síntomas de TEPT pueden coexistir y que una no excluye a la otra (Ai et al., 2007; Hussain y Bhushan, 2011; Kırseven y İşikli, 2020; Solomon y Dekel, 2007; Stasielowicz, 2022; Taylor et al., 2020; Teodorescu et al., 2012).

Variables Relacionadas con el Crecimiento Posttraumático

Los estudios revisados examinaron varias variables relacionadas con el CPT, encontrando resultados diversos.

Género: Los hallazgos sobre el género son contradictorios. Hussain y Bhushan (2011) encontraron que las mujeres puntuaron más alto en CPT y TEPT, mientras que Kroo y Nagy (2011) hallaron mayores niveles de CPT en hombres.

Edad: Brunnet et al. (2020) sugieren que ser más joven se asocia positivamente con el CPT, aunque otros estudios no hallaron relación (Feder et al., 2008; Powell et al., 2023; Salo et al., 2005). En el estudio de Feder et al. (2008) la edad estaba vinculada a la duración del cautiverio, lo que podría moderar la relación con el CPT.

Factores socioeconómicos: El CPT se asocia con mayores ingresos (Rizkalla y Segal, 2018) y una buena situación económica (Salo et al., 2005), mientras que Teodorescu et al. (2012) encontraron una relación negativa moderada con estresores post-migración.

Personalidad: El CPT se asocia positivamente con optimismo, autoestima y algunas dimensiones de la personalidad (extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) (Henson et al., 2021; Linley y Joseph, 2004; Prati y Pietrantoni, 2009; Tedeschi y Calhoun, 2004). Cengiz y Cakici (2019) hallaron una correlación positiva con resiliencia, aunque Kahraman y Kına (2024) no observaron relación.

Religiosidad: La religiosidad se relaciona positivamente con el CPT, funcionando como estrategia de

afrontamiento y fuente de apoyo psicológico (Feder et al., 2008; Johnson et al., 2009; Kroo y Nagy, 2011; Sultani et al., 2024; Taylor et al., 2020).

Estrategias cognitivas y afrontamiento: La esperanza y el afrontamiento cognitivo se asocian positivamente con el CPT (Ai et al., 2007; Kroo y Nagy, 2011). Cárdenas Castro et al. (2016) observaron que la reevaluación cognitiva positiva y la rumiación deliberada mediaban la relación entre los eventos traumáticos y el CPT.

Calidad de vida y salud mental: Se encontraron relaciones moderadas y fuertes entre la calidad de vida y el CPT (Brunnet et al., 2020; Teodorescu et al., 2012). El CPT se asocia negativamente con psicosis y trastornos afectivos (Rizkalla y Segal, 2018) y con síntomas depresivos (Teodorescu et al., 2012).

Apoyo social: El apoyo social percibido está positivamente asociado con el CPT (Johnson et al., 2009; Kahraman y Kına, 2024; Kroo y Nagy, 2011), mientras que una integración social deficiente se relaciona con menores niveles de CPT (Teodorescu et al., 2012).

Gravedad del evento traumático: La gravedad del evento se asocia positivamente con el CPT (Cárdenas Castro et al., 2016; Kırseven y Işıkli, 2020; Solomon y Dekel, 2007). Los encarcelados y torturados mostraron mayores niveles de CPT (Kira et al., 2006; Kira et al., 2022), aunque Kroo y Nagy (2011) hallaron que los trabajos forzados se relacionaban con menores niveles de CPT.

Cultura: La cultura influye en las respuestas al trauma. Las experiencias no occidentales de trauma pueden diferir de las occidentales debido a creencias culturales y religiosas (Johnson et al., 2009). Algunas investigaciones sugieren que las características culturales de los refugiados están relacionadas con el CPT (Kroo y Nagy, 2011).

Discusión

Prevalencia del crecimiento posttraumático (CPT)

Los estudios incluidos muestran una amplia variabilidad en la prevalencia del CPT entre víctimas de tortura y otras formas de vulneración de derechos humanos (Wu et al., 2019). Aunque algunos trabajos reportan niveles bajos o moderados (Feder et al., 2008; Teodorescu et al., 2012), otros indican tasas elevadas, superiores al 70% (Cárdenas Castro et al., 2016; Hussain y Bhushan, 2011). Esta heterogeneidad puede explicarse por diferencias metodológicas, contextuales y culturales, así como por el tipo de trauma y el tiempo transcurrido desde el evento. En conjunto, los estudios muestran una alta heterogeneidad y, aunque se han encontrado correlaciones entre variables y el CPT, la mayoría de las investigaciones enfatizan la necesidad de más estudios longitudinales y experimentales para poder establecer relaciones causales (Allen et al., 2022; Morris et al., 2005).

Factores asociados al desarrollo del CPT

Los estudios revisados identifican múltiples variables que influyen en el desarrollo del CPT. A nivel personal, se han encontrado resultados heterogéneos en género, pero una relación positiva en la mayoría de los estudios entre edad, optimismo, autoestima, extraversion y religiosidad (Henson et al., 2021; Linley y Joseph, 2004; Von Arcosy et al., 2023). En cuanto a factores contextuales, el apoyo social percibido y la calidad de vida se asocian positivamente con el CPT (Johnson et al., 2009; Brunnet et al., 2020). También se observa una relación significativa con estrategias cognitivas como la rumiación deliberada, la reevaluación cognitiva positiva y la aceptación (Allen et al., 2022; Calhoun et al., 2010; Tedeschi y Calhoun, 2004), mientras que la supresión emocional se asocia negativamente (Von Arcosy et al., 2023). El apoyo social percibido también está relacionado positivamente con el CPT (Taku et al., 2021). La religiosidad aparece como un recurso protector en varios estudios, especialmente en contextos no occidentales (Kroo y Nagy, 2011; Taylor et al., 2020). Finalmente, la gravedad del evento traumático, cuando es percibida como alta, tiende a correlacionarse con mayores niveles de CPT (Solomon y Dekel, 2007), aunque esta relación no siempre es lineal. Algunos estudios sugieren que

un nivel moderado de estrés puede favorecer el crecimiento posttraumático, mientras que niveles extremos lo dificultan (Dekel et al., 2012).

Finalmente, el paso del tiempo desde el evento no ha sido evaluado en los estudios revisados, aunque Tedeschi y Moore (2021) sugieren que algunos niveles de CPT se mantienen estables con el tiempo, con pocos casos de aumento o disminución del crecimiento.

Relación entre síntomas de TEPT y manifestaciones de CPT

La relación entre el TEPT y el CPT es compleja y no unidireccional. La mayoría de los estudios coinciden en que ambos fenómenos pueden coexistir (Ai et al., 2007; Hussain & Bhushan, 2011). Algunos trabajos reportan correlaciones positivas, donde mayores niveles de TEPT se asocian con más crecimiento posttraumático (Cengiz & Cakici, 2019; Kahraman & Kına, 2024), mientras que otros no encuentran relación significativa (Powell et al., 2003) o incluso observan asociaciones negativas (Linley & Joseph, 2004; Teodorescu et al., 2012). Esta ambivalencia sugiere que el CPT no implica ausencia de sufrimiento, sino que puede emerger precisamente en contextos de malestar persistente, como parte de un proceso de reconstrucción psicológica. Se ha encontrado que los supervivientes con CPT frecuentemente presentan síntomas de TEPT (Morris et al., 2005).

Modelos recientes proponen relaciones curvilíneas entre ambas variables, donde niveles moderados de TEPT podrían facilitar el CPT, pero niveles extremos lo dificultarían. Dekel et al. (2012) encontraron que los síntomas de TEPT iniciales predicen CPT posterior, mientras que Shakespeare-Finch y Lurie-Beck (2014) observaron una relación curvilínea entre ambas variables: a mayores síntomas de TEPT, inicialmente más CPT, pero después de un cierto punto esa relación se vuelve negativa. Este fenómeno se observa en diversos tipos de trauma, según Solomon y Dekel (2007).

Implicaciones

Las personas que viven circunstancias traumáticas como tortura, encarcelamiento o guerra pueden experimentar CPT, el cual puede aparecer junto a síntomas de TEPT, resultando en respuestas combinadas de fortaleza y vulnerabilidad. Esto tiene implicaciones en la evaluación e intervención psicológica de los supervivientes.

En la evaluación de víctimas de tortura, los resultados obtenidos son relevantes, ya que a menudo se considera a los individuos como víctimas solo si presentan daño derivado del evento, según el Protocolo de Estambul (ONU, 1999). Este enfoque pone énfasis en la reacción al evento y no en el delito en sí mismo. Sin embargo, como se ha indicado, no todos los supervivientes de eventos traumáticos desarrollan daño psíquico y algunos pueden experimentar CPT. Por lo tanto, es crucial que los profesionales consideren los fenómenos psicológicos complejos que pueden ocurrir, desde graves consecuencias negativas hasta cambios positivos, y la posibilidad de que ambos coexistan. Esto sugiere que el hecho de mostrar CPT no implica que una persona no haya sido víctima de un delito grave. Además, la presencia de CPT no excluye la posibilidad de que se haya desarrollado un trastorno psicológico. Por lo tanto, la información de esta revisión puede ser útil para valorar el estatus de víctima más allá de la existencia de CPT o TEPT.

Respecto a la intervención psicológica, los resultados sugieren varias recomendaciones, aunque el concepto de CPT no implica un nuevo tipo de tratamiento, sino una perspectiva diferente dentro de las intervenciones existentes (Zoellner & Maercker, 2006).

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco (*) indican los estudios incluidos en la revisión.

- *Ai, A. L., Tice, T. N., Whitsett, D. D., Ishisaka, T. y Chim, M. (2007). Posttraumatic symptoms and growth of Kosovar war refugees: The influence of hope and cognitive coping. *The Journal of Positive Psychology*, 2(1), 55-65. <https://doi.org/10.1080/17439760601069341>
- Allen, N., Hevey, D., Cogley, C. y O'Keeffe, F. (2022). A meta-analysis of the association between event-related rumination and posttraumatic growth: The Event-Related Rumination Inventory and the Posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 35(6), 1575-1585. <https://doi.org/10.1002/jts.22875>
- Amnesty International (22 June 2015). *Torture around the world: what you need to know*. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2015/06/torture-around-the-world/>
- Amnesty International (2023). *Amnesty International Report 2022/23: The state of the world's human rights*. <https://www.amnesty.org/en/documents/pol10/5670/2023/en/>
- Bogic, M., Njoku, A. y Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, Artículo e29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Brewin, C. R. (2001). Memory processes in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 159-163. <https://doi.org/10.1080/09540260120074019>
- *Brunnet, A. E., dos Santos Lobo, N., Silveira, T., Kristensen, C. H. y Derivois, D. (2020). Migrations, trauma and mental health: A literature update on psychological assessment. *L'encephale*, 46(5), 364-371. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.009>
- Calhoun, L. G., Cann, A. y Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Socio-cultural considerations. En T. Weiss y R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. (pp. 1-14). Wiley.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N. y Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(2), 127-137. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>
- *Cárdenes Castro, M., Armoso Martínez, M. y Faúndez Abarca, X. (2019). Deliberate rumination and positive re-appraisal as serial mediators between life impact and posttraumatic growth in victims of state terrorism in Chile (1973-1990). *Journal of Interpersonal Violence*, 34(3), 545-561. <https://doi.org/10.1177/0886260516642294>
- *Cengiz, I., Ergün, D. y Cakici, E. (2019). Posttraumatic stress disorder, posttraumatic growth and psychological resilience in Syrian refugees: Hatay, Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 269-276. <https://doi.org/10.5455/apd.4862>
- Contreras Taibo, L., Navarrete, G., Pereda, N. y Pinto-Cortez, C. (2025). Transformación tras la adversidad: crecimiento postraumático en sobrevivientes de violencia sexual infantil. *Anuario de Psicología Jurídica*, 35(1), 79 - 87. <https://doi.org/10.5093/apj2025a10>
- De Jong, J. T., Komproe, I. H. y Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*, 361(9375), 2128-2130. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13692-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13692-6)
- Dekel, S., Ein-Dor, T. y Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94-101. <https://doi.org/10.1037/a0021865>
- ECHR (1950, 4 de noviembre). *Convenio Europeo para la Protección de Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_spa
- *Feder, A., Southwick, S. M., Goetz, R. R., Wang, Y., Alonso, A., Smith, B. W., Buchholz, K. R., Waldeck, T., Ameli, R., Moore, J., Hain, R., Charney, D. S. y Vythilingam, M. (2008). Posttraumatic growth in former Vietnam prisoners of war. *Psychiatry*, 71(4), 359-370. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.4.359>
- Guarch-Rubio, M., Achotegui, J. y Manzanero, A. L. (2025). Trauma, post-migration factors and Ulysses Syndrome in refugees and asylum seekers in host countries. *Quaderns de Psicología*, 27(3), <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia>

- Guarch-Rubio, M., Byrne, S. y Manzanero, A. L. (2020). Violence and torture against migrants and refugees attempting to reach the European Union through Western Balkans. *Torture*, 30(3), 67-83. <https://doi.org/10.7146/torture.v30i3.120232>
- Guarch-Rubio, M., Manzanero, A. L. y Byrne, S. (2023). From victims to survivors: Resilience in the Sahrawi refugee camps. *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, 16, 33-50. <https://doi.org/10.12827/RVJV.16.02>
- Handiso, D., Belsti, Y., Boyle, J. A., Paul, E., Shawyer, F. y Enticott, J. C. (2023). A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies on posttraumatic stress disorders in refugees and asylum seekers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 23, 1347-1369. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01172-1>
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-810. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Henson, C., Truchot, D. y Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), Artículo e100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- *Hussain, D. y Bhushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology*, 67(7), 720-735. <https://doi.org/10.1002/jclp.20801>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- *Johnson, H., Thompson, A. y Downs, M. (2009). Non-Western interpreters' experiences of trauma: The protective role of culture following exposure to oppression. *Ethnicity & Health*, 14(4), 407-418. <https://doi.org/10.1080/13557850802621449>
- *Kahraman, H. y Kına, D. (2024). Psychological effects of collective political traumas and post-traumatic growth. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 16(1), 54-68. <https://doi.org/10.1108/JACPR-11-2022-0755>
- *Kira, I. A., Aljakoub, J., Al Ibraheem, B. y Shuwiekh, H. A. (2022). Are torture survivors more resilient and develop higher PTG, than nontortured refugees?: The role of will to exist, live, and survive: A replication and extension. *Peace and Conflict*, 29(4), 420-425. <https://doi.org/10.1037/pac0000639>
- *Kira, I. A., Templin, T., Lewandowski, L., Clifford, D., Wiencek, P., Hammad, A., ... y Al-haidar, A. M. (2006). The effects of torture: Two community studies. *Peace and Conflict*, 12(3), 205-228. https://doi.org/10.1207/s15327949pac1203_1
- *Kırseven, M. Y. y Işıkli, S. (2020). Investigation of the effects of violence experience during political demonstrations. *Europe's Journal of Psychology*, 16(3), 479-497. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.1991>
- *Kroo, A. y Nagy, H. (2011). Posttraumatic growth among traumatized Somali refugees in Hungary. *Journal of Loss and Trauma*, 16(5), 440-458. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.575705>
- Linley, P. A. y Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Liu, A. N., Wang, L. L., Li, H. P., Gong, J. y Liu, X. H. (2017). Correlation between posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms based on Pearson correlation coefficient: A meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(5), 380-389. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000605>
- Manzanero, A. L., Aroztegui, J., Fernández, J., Guarch-Rubio, M., Álvarez, M. A., El-Astal, S. y Hemaïd, F. (2024). War, torture and trauma in preadolescents from Gaza Strip. Two different modalities of PTSD. *Anuario de Psicología Jurídica*, 34, 1-12. <https://doi.org/10.5093/ajp2024a6>
- Manzanero, A. L., Crespo, M., Barón, S., Scott, M. T., El-Astal, S. y Hemaïd, F. (2021). Traumatic events exposure and psychological trauma in children victims of war in the Gaza Strip. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3-4), 1568-1587. <https://doi.org/10.1177/0886260517742911>
- Manzanero, A. L., Fernández, J., Gómez-Gutiérrez, M. M., Álvarez, M. A., El-Astal, S., Hemaïd, F. y Veronese, G. (2020). Between happiness and sorrow: Phenomenal characteristics of autobiographical memories concerning war episodes and positive events in the Gaza Strip. *Memory Studies*, 13(6), 917-931. <https://doi.org/10.1177/1750698018818221>

- Manzanero, A. L. y Morales-Valiente, C. (2024). Memory wars: A solution to the conflict. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 45(1), 34-38. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3030>
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M. y Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 575-585. <https://doi.org/10.1002/jts.20067>
- OEA (1969, 22 de noviembre). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- ONU (10 de diciembre de 1984). *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>
- ONU (1999, 9 de agosto). *Manual de Investigación y Documentación Efectiva sobre Tortura, Castigos y Tratamientos Crueles, Inhumanos o Degradantes (Protocolo de Estambul)*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/training8rev1sp.pdf>
- ONU (2024, 8 de mayo). *Myanmar: La crisis de los rohingya*. <https://unric.org/es/myanmar-la-crisis-de-los-rohingya/>
- ONU (2024, 1 de octubre). *Ucrania: Agravamiento del impacto para los civiles del ataque de Rusia, tortura de prisioneros de guerra*. <https://www.ohchr.org/es/press-briefing-notes/2024/10/ukraine-worsening-impact-civilians-russias-attack-torture-prisoners>
- ONU (2024, 12 de noviembre). *Gaza: Derechos Humanos advierte que los crímenes atroces que comete Israel incluirían el genocidio*. <https://news.un.org/es/story/2024/11/1534236>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimsahw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- *Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71-83. <https://doi.org/10.1002/jclp.10117>
- Prati, G. y Pietrantoni, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Priebe, S., Gavrilovic, J. J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M. y Schützwohl, M. (2013). Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*, 46(1), 45-54. <https://doi.org/10.1159/000338640>
- *Rizkalla, N. y Segal, S. P. (2018). Well-being and posttraumatic growth among Syrian refugees in Jordan. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 213-222. <https://doi.org/10.1002/jts.22281>
- *Salo, J. A., Qouta, S. y Punamäki, R. L. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress, & Coping*, 18(4), 361-378. <https://doi.org/10.1080/10615800500289524>
- *Salo, J., Punamäki, R. L. y Qouta, S. (2004). Associations between self and other representations and posttraumatic adjustment among political prisoners. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(4), 421-440. <https://doi.org/10.1080/1061580031000075814>
- Shakespeare-Finch, J. y Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Simancas-Fernández, M. R., Celedón-Rivero, J. C., Salas-Picón, W. M., Salgado-Ruiz, D. E., Echeverry-Londoño, M. C., Vásquez-Campos, J. H., Guarch-Rubio, M. y Manzanero, A. L. (2022). Trauma, reparation and

- quality of life in victims of armed conflict after peace agreements. *Anuario de Psicología Jurídica*, 32, 79-86. <https://doi.org/10.5093/apj2021a21>
- Sledge, W. H., Boydston, J. A. y Rabe, A. J. (1980). Self-concept changes related to war captivity. *Archives of General Psychiatry*, 37, 430-443. [10.1001/archpsyc.1980.01780170072008](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170072008)
- *Solomon, Z. y Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-pows. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 303-312. <https://doi.org/10.1002/jts.20216>
- *Stasielowicz, L. (2022). Adaptive performance in refugees after trauma: how relevant are post-traumatic stress and post-traumatic growth?. *International Journal of Workplace Health Management*, 15(6), 711-727. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-12-2021-0230>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. y Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- *Sultani, G., Heinsch, M., Wilson, J., Pallas, P., Tickner, C. y Kay-Lambkin, F. (2024). 'Now I have dreams in place of the nightmares': An updated systematic review of post-traumatic growth among refugee populations. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 795-812. <https://doi.org/10.1177/15248380231163641>
- Taku, K., Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Krosch, D., David, G., Kehl, D., Grunwald, S., Romeo, A., Di, M., Kamibeppu, K., Soejima, T., Hiraki, K., Volgin, R., Dhakal, S., Zięba, M., Ramos, C., Nunes, R., Leal, I., Gouveia, P., ... Calhoun, L. G. (2021). Posttraumatic growth (PTG) and posttraumatic depreciation (PTD) across ten countries: Global validation of the PTG-PTD theoretical model. *Personality and Individual Differences*, 169, Artículo e110222. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110222>
- *Taylor, S., Charura, D., Williams, G., Shaw, M., Allan, J., Cohen, E., ... y O'Dwyer, L. (2020). Loss, grief, and growth: An interpretative phenomenological analysis of experiences of trauma in asylum seekers and refugees. *Traumatology*, 30(1), 103-112. <https://doi.org/10.1037/trm0000250>
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. y Groleau, J. M. (2015). Clinical applications of posttraumatic growth. In S. Joseph (Ed.), *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing work, health, education, and everyday life* (2nd ed., pp. 503-518). Wiley.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E. y Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11-18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- Tedeschi, R. G. y McNally, R. J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychologist*, 66(1), 19-24. <https://doi.org/10.1037/a0021896>
- Tedeschi, R. G. y Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 180-194. <https://doi.org/10.1037/int0000250>
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K. y Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315527451>
- *Teodorescu, D. S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. y Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-84>
- Von Arcosy, C., Padilha, M., Mello, G. L., Vilete, L., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Serpa O. D. Jr., y Berger, W. (2023). A bright side of adversity? A systematic review on posttraumatic growth among refugees. *Stress and Health*, 39(5), 956-976. <https://doi.org/10.1002/smj.3242>
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X. y Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408-415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>

Zoellner, T. y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Artículo recibido: 27/01/2025

Artículo aceptado: 11/11/2025