

# Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: Fragilidad y antifragilidad ante el trauma

Samper Lucena E.<sup>1</sup>

*Sanid. mil. 2016; 72 (3): 209-215; ISSN: 1887-8571*

## RESUMEN

El trauma psicológico es un tema de máxima actualidad, tanto por la cantidad de literatura científica desarrollada en los últimos años como por los cambios producidos en su diagnóstico fruto de la investigación, produciéndose un gran debate al respecto desde la aparición del último manual de diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). En este artículo se trata de dar una visión de conjunto y actual sobre el trauma y el estrés postraumático. Qué diferencias existen en las personas que las hacen a unas más frágiles y vulnerables ante los traumas, mientras que otras son más resistentes o antifrágiles. Factores como la herencia, la personalidad, o los trastornos previos de tipo mental, van a marcar estas diferencias. No se trata de la situación traumática, sino de cómo la vive cada persona, lo que marcará la diferencia en fragilidad. Todas las personas alguna vez en su vida se ven expuestas a situaciones traumáticas. Algunas por su trabajo tienen que afrontar de forma continua a estas situaciones, provocando, en ocasiones, lo que se denomina un estrés traumático secundario, que afecta a la persona y a la organización, mermando la operatividad, y asociado a determinados factores. Unos de tipo personal (Neuroticismo, extraversión, humor, empatía, etc.) y otros de la propia organización (Orgullo, liderazgo, equipo, estrés de rol, etc.). Es importante conocer estas fragilidades para realizar un tratamiento preventivo en la población afectada por una catástrofe, y en los profesionales en particular para poder identificar el perfil más adecuado para determinados puestos. (Militares, policías, bomberos, médicos...).

**PALABRAS CLAVE:** Trauma, personalidad, estrés postraumático secundario, TEPT.

**Personality to the trauma in the XXI century: fragility and unfragility.**

**SUMMARY:** Psychological trauma is a subject of high scientific present, the amount of scientific literature developed in recent years by changes in diagnosis result of research. There is much debate about since the advent of the latest diagnostic manual of mental disorders of the American Psychiatric Association (APA). This article is to give an overview and current information about the trauma. What differences exist in the people who make a more fragile and vulnerable to traumas, while others are more resistant or antifragiles. Heredity, personality or mental disorders previous type, will mark these differences. This is not the traumatic situation, but how each person lives, what will make the difference in fragility. Everyone once in your life are exposed to traumatic situations. Some of their work are exposed continuously to these situations, sometimes causing what is called a secondary traumatic stress, which affects the individual and the organization undermining the operation of the same, and associated with certain causes, a type staff (neuroticism, extraversion, humor, empathy) and others of the organization (Pride, leadership, team, role stress etc.). It is important to know these frailties for preventive treatment in people affected by a disaster, and professionals in particular in order to identify the most appropriate profile for a profession (military, police, firefighters, doctors ...).

**KEYWORDS:** Trauma, personality, secondary PTSD, PTSD.

## INTRODUCCIÓN

Gran parte de las personas que se enfrentan a una situación traumática, sufren unas consecuencias psicológicas posteriores, agudas o crónicas. En los primeros momentos postrauma algunos de los síntomas se pueden considerar normales. Estar más nervioso, tener temores de réplicas en un terremoto, no dormir bien, tener imágenes recurrentes en un accidente, tener un estado de ánimo más bajo o ansiedad y una gran variedad de trastornos<sup>1</sup>. Estos síntomas en gran número de personas remiten de forma espontánea sin más. Sin embargo en otras, las consecuencias perduran en el tiempo o se incrementan mermando su

salud mental. La mayor parte de los afectados no van a desarrollar trastornos de ansiedad o depresivos o trastorno por estrés postraumático (TEPT), que es sin duda el trastorno mental más frecuente tras un trauma, sino manifestaciones normales del síndrome postraumático, incluso en situaciones difíciles de alto impacto psicológico como pueden ser los atentados terroristas<sup>2</sup>.

Una situación traumática se vive con una emocionalidad negativa muy intensa, con mucho miedo, puesto que puede llegar a poner en peligro la propia vida de los sujetos. Como ejemplos se pueden citar: Accidentes graves de carretera, aeronáuticos, de ferrocarriles, acciones terroristas; catástrofes de todo tipo, naturales como terremotos, inundaciones, antrópicas, de tipo tecnológico e industrial etc. La experiencia de vivir estas situaciones es personal, y por tanto se vive de distintas formas, algunas personas se muestran más frágiles que otras ante los traumas.

Hay factores que hacen que estas experiencias traumáticas sean más negativas. Unos asociados a la propia *situación*: Inten-

<sup>1</sup>Cte. Psicólogo. Centro de Psicología de la Armada. Madrid. España.

**Dirección para correspondencia:** esamluc@ea.mde.es

Recibido: 23 de octubre de 2015

Aceptado: 27 de mayo de 2016

sidad y proximidad al epicentro del terremoto, número de heridos y fallecidos en un accidente, las pérdidas materiales y de seres queridos etc. Otros factores son debidos a la propia *persona*, a cómo ha percibido y experimentado la situación, las habilidades que tiene para salir adelante, los problemas anteriores de salud y sobretodo de salud mental. Y por último factores que tienen que ver con el lugar donde se produce el suceso, los apoyos sociales, las medidas preventivas al respecto, la propia cultura comunitaria, o el cuidado de la salud mental general en esa sociedad. España tiene ratificados los acuerdos Europeos de la reunión de Helsinki en el año 2005<sup>3</sup>, y por tanto la atención a la salud mental es un objetivo estratégico con una dimensión positiva, que hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad. La idea que se encuentra en la base de este concepto es que es necesario promover el desarrollo de una personalidad sana que a su vez, permita la formación de familias, grupos y sociedades sanos.

La nueva Ley de Protección Civil Española<sup>4</sup>, señala que hay un descenso del número de víctimas a consecuencia de las catástrofes haciendo constar que la vulnerabilidad de las personas en nuestra sociedad ante las catástrofes es menor que hace unos años. Propone conjuntamente con los demás países de la Unión Europea (U.E.) establecer el principio de “ayuda mutua”, de solidaridad entre personas, territorios y estados. La ayuda en comunidad y mediante la red social de cada persona y familia. Propicia que todos estos esfuerzos se canalicen e integren, a través de un esfuerzo conjunto y una coordinación adecuada.

La Ley, puesto que los recursos humanos son parte fundamental, no olvida la formación. Un esfuerzo importante es preparar a las personas tanto a los profesionales como a la población general desde un principio, y singularmente la inclusión en los currículos escolares de contenidos sobre autoprotección y primeros auxilios, instrumentos poderosísimos de prevención de carácter horizontal que esta ley procura. En definitiva parece marcar que la sociedad se enfrenta mejor a estos traumas, es menos frágil y puede ser menos aún si las personas están más preparadas, condición que se puede aprender. Aun así no se puede olvidar que habrá personas que necesiten ayuda durante y después de los acontecimiento traumáticos sufridos.

## EL TRAUMA. ¿Fragilidad o antifragilidad?

La presencia del trauma ha sido históricamente una condición necesaria para la psicopatología del estrés postraumático (TEPT). Al introducir el TEPT como diagnóstico en 1980 en la clasificación diagnóstica de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM III)<sup>5</sup>, se asoció a una etiología específica: “*el haber estado expuesto a un trauma*”. Sin embargo se ha señalado en algunos estudios<sup>6</sup> que sólo un grupo de personas que han sufrido la misma situación desarrolla un TEPT, siendo estas más frágiles ante tales situaciones. Por consiguiente el trauma que se vive en distintas situaciones como por ejemplo en las catástrofes, es necesario para el desarrollo del TEPT pero no es suficiente.

Mucha gente a lo largo de su vida se ve expuesta a un acontecimiento traumático no desarrollando una enfermedad o un TEPT. Muchos de los problemas que se generan al enfrentarse a estas situaciones no constituyen trastornos mentales propiamente

te dichos, sino que reflejan una patología del sufrimiento o de la infelicidad, es decir, son situaciones de insatisfacción personal que no tiene que ver con significación clínica (Duelos no patológicos, conflictos de pareja, estrés laboral, problemas económicos, etc.)<sup>7</sup>.

En muchos casos son problemas adaptativos denominados “*códigos Z*” en las clasificaciones psiquiátricas, y son un reflejo de la patologización de las dificultades de la vida cotidiana y de la pérdida de los apoyos sociales, típico de sociedades actuales como la nuestra. Sin embargo, en relación a los problemas de tipo mental y según datos del Eurobarómetro del año 2015, en nuestra sociedad, los españoles son más propensos a proporcionar este apoyo social que en otros países y sociedades próximas. Aun así, en un plano más profesional, atender estas dificultades requiere una preparación especial para no llegar a medicalizar o patologizar las dificultades de la vida cotidiana. En los últimos tiempos se ha aumentado el número de diagnósticos de trastornos mentales (la primera edición del DSM contenía 106 trastornos mentales y en la actual DSM-V se recogen 216<sup>8</sup>) y se aumentan las consultas relacionadas con la salud mental, que pueden suponer entre el 20% y 30% de las solicitudes de atención de un centro sanitario<sup>9</sup>. Para atender estas demandas el profesional tiene que hacer un esfuerzo, se trata de diferenciar las reacciones normales de las complicadas y dar una atención adecuada. Para esto, en psicología, además de las técnicas centradas en el tratamiento del TEPT y en los trastornos mentales, se han creado otras de consejería (counselling) y de intervención en crisis que contemplan las otras quejas de los sujetos.

## Los afectados: La fragilidad ante el trauma

El porcentaje de personas afectadas gravemente en su salud mental por las catástrofes no es excesivo, que no deja de ser un tema de los grandes números o de hacer referencias a población en general, sin embargo estos pequeños porcentajes corresponden a un gran número de afectados. Como ejemplo, es lógico pensar que el porcentaje de personas en el mundo que sufre un trastorno mental es pequeño, sin embargo se estima que son unos 450 millones los que padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida<sup>10</sup>.

Según los resultados del estudio European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)<sup>11</sup> un 20% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, la prevalencia del TEPT en población general en España a lo largo de la vida es del 1,95% muy similar a la media europea del 1,9%. Después del atentado del 11 de Marzo en Madrid, las cifras en población general oscilaban entre el 2,3% en la propia ciudad y el 4,3% en las zonas próximas a las explosiones<sup>12</sup>. Hay personas que van a desarrollar trastornos mentales después de una catástrofe, mientras que otras experimentan sufrimiento psicológico o daños mínimos del trance<sup>13,14</sup>. Las que ya padecían trastornos mentales suelen ser más frágiles y van a necesitar más atenciones y cuidados que antes del suceso<sup>15</sup>.

En las catástrofes las consecuencias psicológicas producidas crean graves vulnerabilidades, la población padece una serie extensa de problemas de salud mental que son frecuentes o

comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas. Las comunidades afectadas por situaciones de catástrofe necesitan una atención especializada a corto y a largo plazo, ya que tal adversidad es un potente factor de riesgo para toda una serie de problemas de salud mental, que puede llegar a estigmatizar a los que lo padecen<sup>16</sup>. Como primera atención, la OMS recomienda los primeros auxilios psicológicos, que incluyen asistencia humanitaria de apoyo y práctica de forma tal que se respete la dignidad y la cultura, potenciando las capacidades existentes. Esta ayuda incluirá asistencia tanto de tipo social como psicológica, aconsejándose la restricción del uso de las benzodiacepinas y del debriefing psicológico en algunos casos<sup>17</sup>.

### Consecuencias del trauma: Fragilidad y TEPT

En la última edición de los diagnósticos de los trastornos mentales (DSM-5), los criterios diagnósticos para el TEPT se han modificado, se ha eliminado el sistema multiaxial y se incluyen en un nuevo capítulo referido a los trastornos relacionados con el trauma y con el estrés (DSM-5 pp 265-290).

El TEPT incluye ahora cuatro grupos de síntomas. Los síntomas intrusivos como recuerdos, sueños, escenas retrospectivas, angustia y reacciones fisiológicas, asociados al trauma. La evitación de recuerdos, pensamientos y lugares o personas asociados al trauma. Los síntomas negativos como la culpa, desapegos, incapacidad para sentir emociones positivas, etc., y los síntomas de hiperactivación como estar más irritable, hipervigilante, etc.

Algunas variables moduladoras, que median entre el trauma y los síntomas, son los factores de riesgo y de protección, hay situaciones que tienen más afectación psicopatológica en la población que otras. Por ejemplo, en una revisión realizada por Galea y Col.<sup>18</sup>, las catástrofes tecnológicas, en comparación con las naturales, son las que más afectan tanto a las personas directamente damnificadas, como a la población en general y a los profesionales del rescate y de las emergencias. Las situaciones donde se pone en peligro la propia vida o existe violencia muy grave, aumentan la incidencia del TEPT, esto se ha estudiado clásicamente en situaciones de combate, como en los veteranos de guerra que se han visto expuestos a situaciones extremas<sup>19</sup>. Incluso en estos casos graves se han encontrado relaciones significativas (situación de combate y psicopatología posterior) de sólo el 0,20<sup>20</sup>, casi la cuarta parte de los individuos expuestos desarrollan un TEPT.

En situaciones muy traumáticas, como en los casos de uso de la violencia o las violaciones de mujeres, casi la mitad muestran síntomas psicopatológicos. En otros casos de abusos de menores hay una gran variabilidad, sin embargo se ha mostrado que son pocos los que desarrollan una psicopatología clínicamente significativa<sup>21,22</sup>. Con las cifras de los estudios anteriores, se puede confirmar que algunas personas, incluso en las situaciones más difíciles de la vida, se muestran poco frágiles ante los traumas. Hay una amplia complejidad de los caminos que llevan a sufrir un TEPT.

La psicopatología aguda tras un trauma se puede considerar “normal”, es lo esperable de una persona que ha sufrido un suce-

so traumático, terremoto, accidente, agresión etc., es lo que se ha denominado la “*normalización de los síntomas*”, es lógico pensar que una persona que acaba de sufrir un trauma los tenga, y que estén relacionados con la naturaleza y la severidad del suceso. Ya en el DSM IV<sup>23</sup> se introdujo una distinción basada en el tiempo, cuando estos síntomas perduran y se hacen crónicos, es cuando aparece el TEPT. Sin embargo no es la respuesta aguda el factor más importante a tener en cuenta para predecir un TEPT, es la capacidad de cada sujeto, sus estrategias para superar y gestionar el estrés en los primeros momentos, lo que va a marcar la diferencia<sup>24,25</sup>.

Esta relación entre suceso traumático y síntomas de estrés es complicada, se distorsiona con el tiempo, es más, la relación retrospectiva se relaciona más con los síntomas actuales que con los iniciales. En los casos en los que el profesional clínico refuerza las narraciones postraumáticas, aumentan los sesgos en los recuerdos del trauma. Si estos síntomas no van a mejor, la forma en que se percibe el suceso traumático tiende a empeorar. Esto se ha estudiado clásicamente en soldados que han estado expuestos a situaciones de guerra. Un ejemplo fue con los veteranos de la guerra del Golfo<sup>26</sup>, a los que se evaluó el TEPT al mes y a los dos años, concluyendo que sus respuestas respecto al suceso eran peores significativamente relacionadas con los síntomas de TEPT.

### Factores predisponentes: Fragilidad y antifragilidad

Hay un componente genético importante en la predisposición a los trastornos mentales en general. Según algunos autores<sup>27</sup> parece que está demostrado que hay un factor hereditario que está relacionado con la fragilidad personal en los traumas. Este factor también influye en cuanto a las veces que una persona se expone a acontecimientos traumáticos en su vida<sup>28</sup>.

Una prueba evidente sobre la relación, herencia y TEPT, tiene su origen en un estudio con gemelos y mellizos que se expusieron a situaciones de combate. Independientemente de la situación de guerra, se encontraron relaciones significativas entre herencia y síntomas de TEPT<sup>29</sup>. En otros estudios similares<sup>30</sup> se hallaron relaciones similares entre TEPT y herencia.

Estos síntomas de estrés están relacionados con determinadas estructuras del sistema nervioso central como la amígdala o la corteza prefrontal y con polimorfismos genéticos o marcadores biológicos investigados en relación al TEPT.

- La alarma que produce la amígdala, es conocida por su papel en la emoción, el aprendizaje y la memoria. La amígdala es una estructura activa en la adquisición del miedo, o en aprender a temer a un evento (como tocar una estufa caliente), así como en las primeras etapas del miedo y su extinción o aprender a no temer. La corteza prefrontal (PFC) del cerebro, que participa en tareas tales como la toma de decisiones, resolución de problemas, y el juicio, ciertas áreas de la PFC juegan ligeramente diferentes roles, por ejemplo, cuando considere el suceso como una fuente de estrés que se puede controlar, suprimirá a la amígdala (alarma) y controlará la respuesta de estrés.
- Entre los polimorfismos genéticos que se han investigado<sup>31</sup>, en relación al TEPT, cabe destacar la ESTATMINA (es

una proteína que influye en el recuerdo del miedo, si hay poca el sujeto queda más expuesto a peligros), el GRP (es un péptido liberador de Gastrina, que ayuda a controlar la respuesta de miedo, si hay poco, se dan más recuerdos y más duraderos de miedo), y el 5-HTTLPR (es un Gen que controla la serotonina, relacionada con estado de ánimo y miedo, de forma que alimenta la respuesta de miedo), que tienen influencia en el control de la reacción de miedo.

- En otros casos el déficit de atención relacionado con el procesamiento de información periférica, que puede estar deteriorado en el TEPT, junto con alteraciones de la función ejecutiva asociada a la memoria de trabajo, pueden ser tomados como marcadores de disfunción en la corteza prefrontal<sup>32</sup>.

La reacción emocional fuerte posterior a un trauma, es decir, ser más sensible al estrés, con respuestas más rápidas, más intensas y más lentas de volver al punto de partida, es típico de sujetos neuróticos, que es uno de los factores de riesgo descritos ante un TEPT<sup>33</sup>. El neuroticismo, está conceptualizado como la tendencia relativamente estable a responder con emociones negativas ante situaciones de miedo, estrés, frustración o pérdida, parece ser un predictor significativo para los síntomas de TEPT y problemas generales de salud entre las víctimas de diferentes desastres<sup>34-36</sup>. Sin embargo, parece que en la literatura científica hay cierta discrepancia en estos resultados<sup>37</sup>. Un Estudio más actual de metaanálisis realizado por Soler-Ferreira y col.<sup>38</sup> investiga la asociación entre neuroticismo y TEPT. Sus resultados sugieren que el neuroticismo se asocia a la posibilidad de desarrollar un TEPT tras haber estado expuesto a un evento traumático, y sus resultados son generalizables a la población general. El tamaño medio del efecto mostró una correlación positiva de intensidad media según el criterio de Cohen ( $r+=0,371$ ).

Diferentes estudios ya han demostrado, desde hace tiempo, que los rasgos de la personalidad reflejan una influencia genética, que a su vez es causante de diferencias individuales<sup>39</sup>. En las últimas investigaciones sobre biomarcadores, estos se han tomado como indicadores de los procesos biológicos que sin jugar un papel de causa, sí que son una señal biológica que apunta hacia la presencia de patologías y diferencias individuales específicas. Un ejemplo de este tipo son los niveles de melatonina como biomarcadores de ciertas enfermedades mentales<sup>40</sup>. Hay evidencia neuropsicológicas que sugieren biomarcadores relacionados con aumento de excitación cortical, muy relacionado con los síntomas de TEPT, como el pensamiento y la interpretación de acontecimientos externos del trauma, de acuerdo con déficit de procesos mentales como la atención, la concentración y la memoria, cada vez son más las investigaciones que relacionan biomarcadores con déficit emocionales que tienen un origen neuropsicológico<sup>41-43</sup>.

Por tanto no se puede afirmar que sea únicamente la exposición a la situación traumática lo que señala la fragilidad, hay factores previos como los posibles problemas de tipo psiquiátrico en los afectados o sus familias o su perfil personal más neurótico, lo que aumenta el riesgo para sufrir un TEPT<sup>44</sup>. Esto mismo se ha demostrado en colectivos de profesionales de rescate<sup>45</sup> o personas que han sido víctimas de violencia de tipo sexual<sup>46</sup>. Los sujetos por el contrario antifragiles tienden a sacarse de encima antes los sucesos estresantes, tienen un rasgo neurótico menos

marcado<sup>47</sup>, que correlaciona con biomarcadores del sistema neuroquímico<sup>48</sup> y que se refleja a la vez en los niveles de actividad de la amígdala<sup>49</sup>.

Las características personales en parte son heredadas y se van a mantener a lo largo de toda la vida, esto ya fue descrito por Eysenck y posteriormente incluidas en modelos de personalidad<sup>50,51</sup>. Los sucesos traumáticos suceden en mayor medida a personas que tienen altos grados de neuroticismo y extraversión<sup>52</sup> muy relacionado con la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. Los individuos que actúan deprisa y asumen riesgos están más expuestos a situaciones estresantes en general<sup>53</sup>.

Tampoco se puede afirmar rotundamente que sean únicamente factores personales los que determinan la mayor o menor fragilidad ante los traumas, también hay otros factores, como los ambientales que tienen gran peso y determinan variaciones en las dimensiones de personalidad, factores del entorno en una catástrofe puede tener un efecto contaminante y tóxico directo sobre el cerebro<sup>54</sup>. Los propios esquemas para el procesamiento de la información traumática se desarrollan a través de interacciones entre factores innatos y ambientales<sup>55</sup> pudiendo variar a lo largo del ciclo vital, los niños, por ejemplo, suelen tener un nivel de resistencia considerable ante los traumas<sup>56</sup> que varía a lo largo de su vida.

Se pueden señalar otros factores que fomentan la antifragilidad, como la capacidad intelectual o los rasgos de personalidad como el optimismo<sup>57</sup>. El procesamiento cognitivo satisfactorio de una experiencia estresante puede ser suficiente para recuperarse de síntomas agudos tras el trauma<sup>58</sup>. Tener la fortaleza para afrontar las adversidades, tener buenos apoyos de la comunidad y de la propia familia<sup>59</sup>, no tener historias previas de psicopatología personal o en la familia, no tener problemas económicos graves, y en niños, no haber sido abusado en la infancia, son factores que favorecen la recuperación de un trauma.

Fomentar la resiliencia y las fortalezas de forma individual y comunitaria es una tarea fundamental en los programas de prevención. Al final conseguir el bienestar de las personas es un componente fundamental de salud, y hace que las personas materialicen sus fortalezas, superen el estrés y hagan aportaciones a la comunidad.

## FRAGILIDAD EN LOS PROFESIONALES DE RESCATE

En los profesionales que trabajan en situaciones de emergencias y catástrofes una de las consecuencias negativas postraumática es lo que se denomina el "*estrés traumático secundario*"<sup>60,61</sup> cuyos efectos son entre otros la merma de la operatividad de la unidad, el agotamiento personal de tipo emocional<sup>62</sup> y en definitiva una mayor fragilidad. En estudios realizados en la UME<sup>63</sup>, se ha encontrado que de los factores de riesgo que se relacionan con el cansancio de tipo emocional en los profesionales militares, algunos están relacionados con la organización, como el grado de orgullo de pertenecer a la organización, o el sentimiento de integración en el equipo y con los líderes. Y otros con la persona, factores personales de tipo emocional como el neuroticismo y la extraversión.

En otros estudios realizados por el catedrático Bernardo Moreno y Col.<sup>64</sup>, los estresores de la propia organización<sup>65</sup> y los fac-

tores personales son predictores y determinantes para la vivencia de las situaciones estresantes en el ámbito laboral. *El sentido de humor* es una de estas estrategias personales adecuada a corto plazo, ya que a largo plazo se considera una estrategia de coping evitativa. Otro factor personal estudiado es la capacidad de *empatizar*, que no parece influir de manera significativa en el desarrollo del estrés traumático secundario. Un factor de interés es la *comprensibilidad*, este es un aspecto clave en la aparición de la fatiga por compasión de acuerdo con las teorías cognitivas del trauma<sup>66</sup>, en general, poseer un sistema cognitivo bien estructurado parece ser un factor clave para la antifrágilidad en los traumas. En profesionales de la psicología que trabajaron en el 11M se observó que una variable cognitiva como la *rumiación*, (darle vueltas a pensamientos e imágenes negativas asociados al trauma) precedía a los síntomas de estrés postraumático secundario<sup>67</sup>. Una última variable es la de realizar la tarea estresante como un *reto personal* que tiene una función de antifrágilidad. La mayor parte de los efectos negativos de una situación laboral estresante pueden ser evitados si se entienden como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal y no como una amenaza<sup>68</sup>.

La detección de profesionales con rasgos antifrágiles y con menor riesgo de desarrollar TEPT resulta de gran utilidad en diversos contextos. Por ejemplo, en los procesos de selección/admisión de personas que se van a ver expuestas a eventos altamente estresantes (militares, personal de emergencias médicas, policías, bomberos, etc.), así como en situaciones en las que se pretende ofrecer una orientación laboral o vocacional. Una buena selección previa y la preparación y entrenamiento psicológico posterior de los equipos de intervención, es de vital importancia tal como se ha propuesto en otros trabajos<sup>69</sup>. Se pueden instaurar sistemas de preparación psicológica general de los profesionales para disminuir las posibles fragilidades y riesgos<sup>70</sup>, en algunos casos realizar programas de preparación psicológica diseñados específicamente para determinados equipos de intervención, como por ejemplo los realizados para equipos de intervención en riesgos tecnológicos y medioambientales (GIETMA) de la UME (Unidad Militar de Emergencias) que han demostrado su eficacia<sup>71</sup>.

### CONCLUSION

La asociación entre factores personales y la fragilidad o antifrágilidad ante situaciones traumáticas no es una novedad, ya se contemplaba y se observaba en la historia de distintas formas. En la literatura como en “la Odisea” donde se describen las reacciones de los soldados en las batallas, posteriormente en el siglo XIX, Sigmund Freud lo describía en sus conferencias sobre psicoanálisis, Kraepelin lo denominó “*schreck neurosis*” (neurosis pos susto) al estudiar a víctimas de accidentes de tren e incendios. Después de las guerras mundiales se da más importancia al síndrome, al analizar las consecuencias del combate en los veteranos de guerra. A partir de ese instante es donde se dan distintas denominaciones como: fisioneurosis, corazón de soldado, neurosis de guerra, shock del bombardeo, o fatiga de combate. Todo este corpus clínico se investiga durante el siglo XX, al estudiar los efectos de las catástrofes en la población civil

y en las mujeres que habían sido violadas (síndrome de trauma de violación). En la tercera versión del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la asociación americana de psiquiatría, se incluyó por primera vez el diagnóstico de TEPT como tal.

Las personas que se enfrentan a una situación de tipo traumático, no quedan inmunes, esto tiene unas consecuencias psicológicas importantes, el hecho de sufrir, ver peligrar la propia vida o la de otros, y vivir la situación con una alta emocionalidad negativa es siempre difícil de recuperar psicológicamente, requiere tiempo y un gran esfuerzo personal. Desde el punto de vista de la atención psicológica hay que dar una respuesta a todas las personas en los primeros momentos, algunas de ellas saldrán adelante por sus medios (Antifrágiles) e incluso aprenderán y tendrán una experiencia vital que les servirá en el futuro. Otras se verán mermadas psicológicamente (Frágiles) y requerirán ayuda especializada para salir adelante después del trauma. Los tratamientos se han centrado principalmente en las personas más frágiles, olvidando a aquellas otras que, demostrando menor sintomatología, también necesitan una primera ayuda psicológica profesional, para salir antes y con menos secuelas del trance.

Existe en la actualidad un verdadero corpus de investigación al respecto, se ha demostrado la existencia del síndrome de estrés postrauma y de sus consecuencias, se ha diferenciado los síntomas agudos que pueden ser normales en los primeros momentos, de los crónicos, además de identificar algunos de los moderadores, biomarcadores, factores de riesgo en general, más importantes respecto: A la sociedad y la cultura donde ocurre, (la preparación de la sociedad para soportar los traumas). Respecto al tipo de suceso que se ha vivido, (catástrofes de distinta idiosincrasia producen efectos distintos en las víctimas que las sufren). Y respecto a la persona, en este último caso parece que la diferencia está en cómo se vivencia la situación y las habilidades y apoyos que tienen la personas para salir adelante, es lo que diferencia a personas más FRÁGILES de aquellas que superan mejor de estas situaciones traumáticas los ANTIFRÁGILES.

Uno de los factores de riesgo de fragilidad es el hereditario, los biomarcadores, tener un sistema nervioso hiperactivado en estas situaciones que dificulta la homeostasis. También las personas con características más neuróticas que vivencian la situación con una alta emocionalidad negativa, que dura más tiempo, tienen menos capacidad para recuperarse y menos apoyos sociales, sumando aquellas personas que ya parten con algunas dificultades en su salud mental previas al trauma. Hay otro tipo de personas que por sus características están más expuestas a estas situaciones potencialmente traumáticas, son más extravertidas y buscan sensaciones intensas lo que produce un mayor riesgo.

El diagnóstico de TEPT ha ido cambiando, ganando importancia con el tiempo y la investigación. En la actualidad se ha aumentado el número de diagnósticos mentales posibles y se ha establecido un nuevo capítulo referido a los trastornos relacionados con el trauma, con cuatro grupos de síntomas y con criterios diferentes entre adultos y niños. La psicopatología aguda tras un trauma se puede considerar normal en los primeros momentos, es la “*normalización de los síntomas*”, las con-

ductas tras un trauma se puede considerar normales ante una situación que no es normal. Esta situación sintomática primera puede provocar en algunas ocasiones que se esté atendiendo y medicalizando las dificultades de la vida cotidiana, algunas son debidas a infelicidad y malestar emocional. Estas situaciones aun no siendo un trastorno o patología clínica, hay que darle una solución, y estas demandas tienen que ser atendidas, para ello (p. ej., duelos no patológicos) se han creado algunas técnicas psicológicas específicas de consejería y de intervención en crisis. Los organismos mundiales (como la OMS) indican que hace falta profesionales preparados para dar una respuesta adecuada en prevención, preparación y atención en situaciones postraumáticas. De lo que aún estamos carentes en España.

En el personal profesional, que trabaja en situaciones traumáticas o de alto impacto emocional como las catástrofes y emergencias, las consecuencias no son las mismas que en las afectados directos, en estos casos la consecuencia es un *estrés traumático secundario*, un síndrome que tiene como consecuencia la fragilidad, la merma de la capacidad personal y profesional y la pérdida de operatividad de la organización. Hay factores de riesgo asociados, según las últimas investigaciones tienen que ver con los estresores de la propia organización, el momento vital y personal de cada trabajador, o el uso de determinadas estrategias de coping consideradas evitativas. En este sentido, el trabajo psicológico se basa en la prevención laboral y la preparación de los equipos de trabajo.

Tener un buen sistema de selección y organización laboral, basado en las últimas evidencias científicas. Preparando psicológicamente al profesional (se pueden aprender estrategias psicológicas que tienen que ver por un lado con la propia organización y por otro con el trabajador). De esta forma se puede lograr tener una organización laboral y unos profesionales más saludables y dispuestos para realizar estos trabajos de alto impacto psicológico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M., Diaz, E., y Kaniasty, K. (2002). 60.000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65.
- García-Vera, M.P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: Una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 10.
- Evaluación de la estrategia en salud mental del sistema nacional de salud (2010) Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad Español.
- Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.
- American Psychiatric Association, (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Gorman JM, (1998) Good old science, *Am J Psychiatry*.
- Echeburúa, E. Salaberría, K. Corral, P. y Cruz-Sáez, M.S. (2012). Funciones y ámbito de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: Una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*.
- Sandin, B. (2013) DSM-5 ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*.
- Ortiz, Gonzalez y Rodriguez, F. (2006) La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Atención primaria*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2004) Prevención de los trastornos mentales. Informe compendiado.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, y Cols. (2006) Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)*; 126 (12).
- Tobal JJ, y Cols. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en población general. *Revista de ansiedad y estrés*.
- Avia y Vázquez, (1998); Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial.
- Bonanno (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). Salud mental en las emergencias. Default DIV wrapper for all story meta data. Nota descriptiva N°383 Octubre de 2015 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs383/es>
- M-L Sharp y Cols. (2015) Stigma as a Barrier to Seeking Health Care Among Military Personnel With Mental Health Problems *Epidemiol Rev* 37 (1).
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión
- Mundial Internacional (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra.
- Galea y Cols. (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews*.
- Schlenger WE, Kulka RA, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, y Cols, (1992) The prevalence of post-traumatic stress disorder in the Vietnam generation: a multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder, *J Trauma Stress*.
- Bowman ML, (1997) Individual differences in posttraumatic response: problems with the adversity-distress connection, Mahwah, New Jersey: Erlbaum,
- Browne A, Finkelhor D, (1986) Impact of child sexual abuse: a review of the research, *Psychol Bull*.
- Malinosky-Rummell R, Hansen DJ, (1993) Long-term consequences of child-hood physical abuse, *Psychol Bull*.
- American Psychiatric Association, APA (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed Washington, DC: American Psychiatric Association,
- Bowman ML, (1999) Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model, *Can J Psychiatry*.
- McFarlane AC, (1997). The prevalence and longitudinal course of PTSD: *An NY Acad Sci*; 821.
- Southwick SM, Morgan CA III, Nicolaou AL, Charney DS, (1997) Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm, *Am J Psychiatry*.
- Joel Paris, MD (2002). Predisposiciones, Rasgos de Personalidad y TEPT. RET, *Revista de Toxicomanías*. 31.
- Kendler KS, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L, (1993) A twin study of recent life events and difficulties, *Arch Gen Psychiatry*.
- True WR, Lyons MJ, (1999) Genetic risk factors for PTSD: a twin study, In: Yehuda MJ, Genetic Risk factors for posttraumatic stress disorder, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Skre I, Onstad S, Torgersen S, Lygren S, Kringlen E, (1991) A twin study of DSM-III-R anxiety disorders, *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:85-92-48
- Gottesman II, Schizophrenia genesis: the originals of madness, New York: Freeman,
- National Institute of mental health (2015). [www.nimh.nih.gov/index.shtml](http://www.nimh.nih.gov/index.shtml).
- Sadeh N, Verona E. (2008) Psychopathic traits associated with abnormal selective attention and impaired cognitive control. *Neuropsychology*.
- Lawrence JW, Fauerbach JA. (2003) Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *J Burn Care Rehabil*; 24 (1).
- Charlton PF, Thompson JA. (1996) Ways of coping with psychological distress after trauma. *Br J Clin Psychol*. 35 (Pt 4).
- Engelhard IM, van den Hout MA, Kindt M. (2003) The relationship between neuroticism, pretraumatic stress, and posttraumatic stress: A prospective study. *Pers Individ Dif*; 35 (2).
- Hyer L, Braswell L, Albrecht B, Boyd S, Talbert S. (1994) Relationship of NEOPI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *J Clin Psychol*. 50 (5).
- Sánchez-Meca J, Marín Martínez F. Metaanalysis (2010). En: Peterson P, Baker E, McGaw B, editors. *International Encyclopedia of Education*. 3rd ed. Oxford: Elsevier.
- Soler-Ferrera Fabiola B, Sánchez-Meca Julio, López-Navarro José Manuel, Navarro-Mateu Fernando. (2014) Neuroticismo y trastorno por estrés post-traumático: un estudio meta-analítico. *Rev. Esp. Salud Pública*.

40. Plomin R, Defries JC, McClearn GE, Rutter M, (1997) Behavioral genetics, 3rd ed, New York: Freeman.
41. Carmeli, C; Knyazeva, M. G; Cuenod, M; y Do, K. Q. (2012). Glutathione precursor Nacetyl-cysteine modulates EEG synchronization in schizophrenia patients: a double-Schiz 28 blind, randomized, placebo-controlled trial. *PLoS One*.
42. Finger, E. C; Marsh, A. A; Mitchell, D. G. V; Reid, M. E; Sims, C; Budhani, S., et al. (2008). Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with callous and unemotional traits during reversal learning. *Archives of General Psychiatry*.
43. Herpertz, S. C; Huebner, T; Marx, I; Vloet, T. D; Fink, G. R; Stoecker, T; Shah, N. J; Konrad, K; Herpertz-Dahlmann, B. (2008) Emotional processing in male adolescents with childhood-onset conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
44. Malterer, M. B; Glass, S. J; Newman, J. P. (2008). Psychopathy and Trait Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*.
45. McFarlane AC, (1989) The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors, *Br J Psychiatry*.
46. Alexander DA, Wells A, (1991) Reactions of police officers to bodyhanded after a major disaster: a before-and-after comparison, *Br J Psychiatry*.
47. Atkeson BM, Calhoun KS, Resick PA, Ellis EM, (1990) Victims of rape: repeated assessment of depressive symptoms, *J Consult Clin Psychol*.
48. Breslau N, Davis GC, Andreski P, (1995) Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis, *Am J Psychiatry*;152:5 29-35
49. Siever LJ, Davis KL, (1991) A psychological perspective on the personality disorders, *Am J Psychiatry*;148.
50. LeDoux JE, (1996) The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life, New York: Simon & Schuster,
51. McCrae RR, Costa PT Jr, (2003). Personality in adulthood: A five-factor theory perspective (2nd ed.) New York: Guilford Press.
52. Costa PT, McCrae RR, (1988) From catalog to classification: Murray's needs and the five-factor model, *J Pers Soc Psychol*.
53. Breslau N, Davis GC, Andreski P, (1995) Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis, *Am J Psychiatry*.
54. Lyons MJ, Goldberg J, Eisen SA, (1993) True W, Tsuang MT, Meyer JM, et al, Do genes influence exposure to trauma? A twin study of combat, *Am J Med Genet*;48.
55. Bremner JD, (1999) Does stress damage the brain. *Biol Psychiatry*;45.
56. Clark DA, Beck AT, Alford BA, (1999) Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression, New York: Wiley.
57. Rutter M, (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms, *Am J Orthopsychiatry*.
58. Werner EE, Smith RS, (1992) Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood, Ithaca, New York: Cornell University Press.
59. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO, (1989) Behavioral/cognitive conceptualizations post-traumatic stress disorder, *Behav Ther* ;20.
60. Masten AS, Coatsworth JD, Competence, resilience, and psychopathology, In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds,(1995). *Developmental psychopathology*, In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds, *Developmental psychopathology*, vol 2: Risk, disorder, and adaptation, New York: Wiley.
61. Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
62. Stamm, B.H. (1995). *Secondary traumatic stress: Selfcare issues for clinicians, researchers and educators*. Baltimore. The Sidran Press.
63. Stamm, B.H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. En Figley, C.R.: *Treating compassion fatigue*. Psychosocial stress series, 24. Nueva York: Brunner-Routledge.
64. Samper E. (2014). Tesis Doctoral: Factores de riesgo psicológico en el personal militar que trabaja en emergencias y catástrofes. UCM.
65. Moreno-Jiménez, B., Morante, M, Rodríguez Carvajal R., Rodríguez Muñoz A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma, el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20(1).
66. Brough, P. (2004). Comparing the influence of traumatic and organizational stressors on the psychological health of police, fire and ambulance officers. *International Journal of Stress Management*, 11(3).
67. Janoff-Bulmann, R. (1992) *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
68. Thomas, H., y Rey, M. (2005). Estrés postraumático secundario y bienestar laboral en los psicólogos implicados en la atención a las víctimas del 11-M. Efecto de las demandas emocionales, las características individuales y el apoyo social. Trabajo presentado en el IX Congreso de Psicología Social, A Coruña, España.
69. Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
70. Samper Lucena E. (2012) Intervención psicológica con los profesionales de las emergencias. En Sáinz, Ángela y Nomen Martín, Leila *Tratando... situaciones de emergencia* Barcelona: Pirámide. ISBN: 978-84-368-2468-1.
71. Samper Lucena E. (2012) Factores de riesgo psicosocial. Capítulo del libro del que es coautor: *Riesgos Psicosociales y Resiliencia en FCSE*. ISBN 10-84-695-6639-3.
72. Samper Lucena E. García-Vera MP. Sanz J. Peraza Casajús J. (2014) (UME, UCM) Eficacia de un entrenamiento psicológico para reducir el estrés en un grupo de intervención en Emergencias tecnológicas y medioambientales de la UME. (GIETMA) I Congreso de Sanidad Militar. Granada.