

LA INFLUENCIA DE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD EN EL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

Bernardo Moreno Jiménez, María Eugenia Morante Benadero,
Alfredo Rodríguez Muñoz y Raquel Rodríguez Carvajal
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

El trauma ha recibido una gran atención en los últimos años. Una línea de trabajo en el tema ha consistido en analizar la importancia de las variables personales en la resistencia y vulnerabilidad ante el trauma (Beaton y Murphy, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; Figley, 1995). Este trabajo empírico analiza el síndrome de estrés traumático secundario en 175 profesionales sanitarios, prestando especial atención a la contribución y al grado de relevancia en el desarrollo del síndrome de variables de personalidad tales como comprensibilidad, reto, sentido del humor y empatía. La medida del síndrome se realiza a partir del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez y Garrosa, 2004). Los resultados indican que tales variables de personalidad parecen desempeñar un importante papel en este síndrome. Finalmente se analizan las implicaciones que se derivan de los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE: Trauma, profesionales sanitarios, trabajo empirico, variables de personalidad.

Abstract

Trauma has received a great deal of attention in the last years. One line of research in this field focuses on exploring the importance of personality variables in resistance and vulnerability in trauma (Beaton y Murphy, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; Figley, 1995). This empirical study explores the process of secondary traumatic stress among 175 sanitary professional, focusing on the contribution and the degree of relevance of personality variables, such as compre-

Correspondencia: Bernardo Moreno Jiménez, Dpto. Psicología Biológica y Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid (España). E-mail: bernardo.moreno@uam.es

Agradecimientos: La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la financiación mediante el Programa de Formación de Personal Investigador en el marco del III Plan Regional de Investigación e Innovación de la Comunidad de Madrid. Nuestro agradecimiento a los profesionales y voluntarios de los Servicios de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid –SUMMA 112–, a los Servicios de Atención Médica del Ayuntamiento de Madrid –SAMUR– y a Cruz Roja Española, que tanto nos han enseñado.

hensibility, challenge, sense of humor and empathy. Secondary traumatic stress was measured with the Secondary Traumatic Stress Measure (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez and Garrosa, 2004). Results indicate these personality variables seem to have an important role in secondary traumatic stress's process. Finally, further implications of the findings are discussed.

KEY WORDS: *Trauma, professional sanitary, empirical study, personality variables.*

Introducción

La exposición al trauma en el ámbito laboral constituye una línea de investigación relativamente reciente en nuestro país, que desde los atentados del 11-M ha experimentado un considerable aumento (González, Tobal, Cano y Iruarrizaga, 2004). Uno de los colectivos considerados de riesgo lo constituyen los profesionales de emergencias. Este colectivo no es inmune a las circunstancias que afectan a las víctimas primarias y secundarias que atienden en su labor cotidiana, y frecuentemente puede resultar afectado. De hecho, cada vez más se está llamando la atención sobre la aparición en los diferentes tipos de profesionales de emergencias de cuadros sintomáticos que muestran una correspondencia casi perfecta con el trastorno de estrés postraumático, y que no pueden ser calificados como tales debido exclusivamente a que la exposición al evento traumático fue secundaria en lugar de primaria, es decir, a través de la exposición a las crisis manifestadas por las víctimas. A este proceso determinado por la exposición a la crisis que vive la víctima primaria es a lo que se ha llamado estrés traumático secundario (Figley, 1989; Stamm, 1995).

Son numerosos los trabajos que recientemente han tratado de clarificar cuáles son los determinantes del estrés traumático secundario. Así, Paton y Violanti (1996), en una muestra formada por policías, bomberos y en profesionales del servicio médico de emergencia, describen el fenómeno de estrés traumático secundario en términos de interacciones entre la persona, el evento traumático y el contexto social y organizacional que rodea al sujeto. Dutton y Rubinstein (1995) han propuesto un modelo teórico explicativo del estrés traumático secundario de cuatro componentes: el evento traumático al cual el cuidador ha sido expuesto, sus reacciones ante dicho evento, las estrategias de afrontamiento que utiliza y el contexto personal y ambiental en el que se encuentre. A su vez, Beaton y Murphy (1995) han desarrollado un modelo con similares componentes a los establecidos por Dutton y Rubinstein (1995), destacando el papel de los factores organizacionales (ej., conflicto de rol, normas culturales, tipo de organización) y de determinadas características personales (la formación, la experiencia, el apoyo social...) como elementos mediadores que pueden potenciar la experiencia de estrés traumático secundario.

Sin embargo, la investigación respecto a la influencia de la personalidad en el estudio del estrés traumático secundario, ha recibido, comparativamente, menor atención. Como bien señalan Vázquez y Pérez-Sales (2003), se ha tratado de minimizar el papel que los factores personales pueden tener en la aparición y desarrollo del trauma con la intención de defender a las víctimas. Y aunque algunos estudios

han señalado la importancia de las diferencias personales en la resistencia y vulnerabilidad ante el trauma (Beaton y Murphy, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; Figley, 1995), son escasos los estudios sobre las variables de personalidad que puedan estar influenciando este síndrome. En este sentido, se ha señalado que no todas las personas se ven determinadas de igual forma por los estresores, ni responden del mismo modo ante las situaciones de estrés, existiendo una gran variabilidad individual al respecto (Antonovsky, 1987; Lazarus y Folkman, 1984; Kobasa, 1979). De hecho, algunos resultados apuntan a que a la hora de predecir la sintomatología postraumática, las características individuales tienen un mayor peso predictivo que las situaciones traumáticas por sí mismas (Browman, 1999; Byrne, 1984). Debido a que el trauma es un fenómeno complejo en el que están presentes numerosos factores, en los últimos años se ha enfatizado la necesidad de explorar las variables de personalidad que determinan una respuesta diferencial ante una misma situación traumática (Browman, 1999). De forma similar, se considera que los modelos no pueden investigar tan solo los factores de riesgo, sino que también hay que tener en cuenta las variables protectoras o de resistencia ante el trauma.

Uno de los modelos más ampliamente estudiados dentro del campo que nos ocupa, es el desarrollado por Charles Figley (1995). Figley acuñó el término *compassion fatigue*, traducido como desgaste por empatía, indicando cuatro factores relacionados con el profesional de la ayuda que juegan un importante papel en la predisposición a experimentar estrés traumático secundario: la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción por ayudar. Según Figley, la empatía nos ayuda a comprender el proceso traumático por el que está pasando la víctima, pero durante ese proceso de entendimiento, el profesional puede llegar a traumatizarse del mismo modo (Figley, 1997). Además, la empatía parece ser el factor más determinante a la hora de padecer el síndrome. Según diversas investigaciones, son aquellas personas que presentan mayores puntuaciones en empatía las que más probabilidad tendrían de padecer una sintomatología similar a la de la víctima que ayudan (Cazabat, 1998; Figley, 1995).

Diversos estudios empíricos muestran que las habilidades emocionales atenúan el impacto de las situaciones traumáticas. Dentro del manejo de competencias emocionales, destacan los estudios realizados por Moran (2002) que resaltan el papel del sentido del humor como variable moderadora dentro de los procesos de estrés traumático, mostrando cómo dicha variable se encuentra inversamente relacionada con la sintomatología traumática. Igualmente, parece que experimentar experiencias positivas durante las circunstancias traumáticas pueden ayudar a aliviar y transformar las emociones negativas (Folkman, 1997).

Dentro del campo de las variables de personalidad positiva una de las más conocidas es el constructo de Sentido de Coherencia. Desde una orientación salutogénica, se refiere a una disposición (orientación a la vida) para encarar la vida y sus problemas de manera que se haga más fácil su afrontamiento al ver el mundo como significativo, comprensible y manejable (Antonovsky, 1979). Por otro lado, el constructo de Personalidad Resistente desarrollado por Kobasa (1979), ha sido ampliamente utilizado para comprender los procesos vinculados a la salud-enferme-

dad. Según Kobasa (1982) los individuos con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y comprometida a los estímulos estresantes, percibiéndolos como menos amenazantes. La personalidad resistente está integrada por tres componentes: compromiso, control y reto (Peñacoba y Moreno-Jiménez, 1998). Diversos estudios indican que ambos constructos de personalidad se encuentran relacionados con la protección psicológica ante las adversidades (Carmel, Anson, Levenson, Bonneh y Mahoz, 1991; Maddi y Kobasa, 1984; Ryland. y Greenfeld, 1991).

Para este estudio, de ambos modelos se han mantenido únicamente la dimensión de comprensibilidad del modelo de Antonovsky, (1979) y la dimensión de reto del modelo de Kobasa, (1979) atendiendo a nuestra experiencia directa y estudios cualitativos realizados en los servicios de emergencia de la Comunidad de Madrid (Morante, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz y Stamm, 2006). La comprensibilidad, es entendida como la propensión del sujeto a considerar la realidad, natural e interpersonal, como estable, ordenada, consistente y predecible y se propone el reto como la capacidad que tienen los sujetos a considerar que el cambio supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias.

Debido a la escasa literatura que existe sobre el papel de la personalidad en el proceso del estrés traumático secundario (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez-Carvajal, 2004), el objetivo del presente trabajo consiste en comprobar si las variables de empatía, humor, comprensibilidad y reto predicen la aparición del estrés traumático secundario y de las dimensiones que lo conforman.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 175 trabajadores de los Servicios de Atención Extrahospitalaria de la Comunidad de Madrid. El 43,4% de los participantes son mujeres y con una edad media de 37 años ($DT = 8,30$) y una experiencia profesional de 14,79 años ($DT = 7,39$). Por otra parte, el 40,9% de la muestra trabajan como técnicos de emergencia, y el 24,4% son médicos. Respecto a la vinculación con los servicios sanitarios, el 36,9% tienen contrato fijo en la empresa, mientras que el 23,3% tienen una relación como voluntarios. La tasa de respuesta fue de un 39,3%. El 32,6% señala haber padecido alguna experiencia traumática personal de forma directa. Concretamente, el 10,8% señala como experiencia traumática los atentados perpetrados en Madrid el 11 de marzo de 2004, mientras que el 9,3% indican como traumas importantes para ellos cuestiones relativas a la muerte (fallecimientos de familiares, amigos, pacientes, etc.).

Instrumentos

En el presente trabajo, la información fue recogida mediante la Escala de Estrés Traumático Secundario (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Muñoz y Garrosa,

2004). Este cuestionario fue desarrollado en respuesta a la necesidad de instrumentos que permitiesen evaluar el proceso de estrés traumático secundario en profesionales de emergencias. El cuestionario contiene varias secciones claramente diferenciadas, que, además del síndrome de estrés traumático, permite evaluar las variables antecedentes del síndrome de tipo organizacional y las propias características de la tarea, variables de personalidad que pueden estar influyendo en dicho síndrome y las consecuencias sociales, laborales y personales que el estrés traumático secundario podría producir. La información utilizada en este trabajo es la siguiente:

- a) *Variables sociodemográficas y profesionales.* Se recogió información referente al género, edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, experiencia laboral, vinculación laboral, cargo desempeñado, horario de trabajo, número de horas de trabajo semanales. Del mismo modo, se controló si los sujetos había padecido algún tipo de experiencias traumáticas personales directas en durante su vida adulta y/o niñez. La categorización de las respuestas varía en función de la variable.
- b) *Estrés traumático secundario.* El síndrome se evalúa mediante tres dimensiones o subescalas, a saber: 1) Fatiga por compasión, 2) Trauma secundario, y 3) Sacudida de creencias.

La subescala de fatiga por compasión evalúa el grado de agotamiento físico y emocional que el "profesional de la ayuda" padece debido a la labor asistencial y de auxilio que realiza. Consta de 8 ítems, entre los cuales se pueden encontrar algunos como "*Me supera emocionalmente este trabajo*", "*Con el tiempo, siento que he dejado de prestar la suficiente atención al enfermo*". La subescala trauma secundario, formada por 11 ítems, evalúa reacciones de estrés postraumático relacionado con el trabajo o con la exposición a material altamente estresante en el cuidado. Se recogen reacciones de tipo cognitivas, emocionales, conductuales y somáticas, de acuerdo a la clasificación que establece el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Algunos de los ítems que definen esta escala son "*A veces me cuesta concentrarme tras un aviso muy grave*", "*En este trabajo, a veces es difícil contener el llanto*" y "*A veces te quedas paralizado sin saber que decir a los pacientes*".

Finalmente, la dimensión sacudida de creencias hace referencia al cambio de creencias y/o valores que puede tener lugar tras el trauma, que ha sido identificado como uno de los elementos nucleares del estrés postraumático (Janoff-Bulmann, 1992). Conformada por 6 ítems, algunos ejemplos son: "*Mi trabajo me ha hecho ver que el mundo es injusto*" y "*Me he llegado a cuestionar mis propias creencias después de algunas intervenciones*". El formato de respuesta se recoge en una escala con cuatro categorías (desde 1 = "totalmente en desacuerdo" hasta 4 = "Totalmente de acuerdo"). Los coeficientes de fiabilidad para la fatiga por compasión, trauma secundario y sacudida de creencias fueron de 0,88, 0,86 y 0,81 respectivamente.

- c) *Variables de personalidad.* Esta sección del cuestionario permite obtener puntuaciones de de las cuatro dimensiones de personalidad descritas anteriormente: empatía, reto, comprensibilidad y sentido del humor. La escala

de respuesta desarrollada fue de tipo Likert con cuatro categorías (desde 1 = "totalmente en desacuerdo" hasta 4 = "Totalmente de acuerdo"). Comprensibilidad y reto están formadas por cinco ítems cada una, mientras que a empatía y sentido del sentido del humor las forman cuatro ítems. Algunos ejemplos son: "*Llego a sentir como propia la angustia del paciente*" (empatía), "*Lo que más me gusta de mi trabajo es que hay una gran variedad de situaciones*" (reto), "*Cuando me enfrento a un problema, la elección de una solución es siempre confusa y difícil de encontrar*" (comprensibilidad) y "*Creo que hacer chistes o bromear mejora el estado de animo mientras se trabaja*" (sentido del humor). Los coeficientes de fiabilidad de los cuatro factores fueron los siguientes: .84 para empatía, .83 en comprensibilidad, .83 en reto y .64 para sentido del sentido del humor.

Procedimiento

El trabajo que aquí presentamos, se llevó a cabo en los servicios de atención extrahospitalaria ubicados en la Comunidad de Madrid: SUMMA 112, SAMUR y CRUZ ROJA. Tras la obtención de los permisos por parte de la gerencia y coordinadores de los diferentes servicios, el estudio se desarrolló en dos etapas.

En una primera fase, se realizaron guardias de 24 horas con los miembros de los servicios de urgencia médica de la Comunidad de Madrid, a fin de observar y entender a las características propias, funcionamiento y estructura de la organización así como situaciones que puedan influir en el estrés traumático secundario. Paralelamente, se procedió a la realización de entrevistas con 12 miembros de los diferentes servicios de la Comunidad Madrid, a fin de conseguir información de tipo cualitativo, que nos permitiera detectar factores relacionados con el estrés traumático secundario. Las entrevistas coincidieron con acontecimientos altamente relevantes. Por un lado, se tuvo la oportunidad de realizar dinámicas de grupo con parte del personal sanitario destinado en el terremoto que, el 26 de diciembre de 2003, azotó la ciudad iraní de Bam. Igualmente, compartimos las semanas posteriores al 11 de marzo de 2004, durante las cuales se organizó una importante asistencia sanitaria y psicológica a los familiares de las víctimas del atentado terrorista perpetrado en Madrid. Esto, junto con el trabajo de revisión bibliográfica de la literatura científica, facilitó enormemente la comprensión del proceso del trabajo con el trauma que llevaban a cabo los trabajadores mencionados.

En una segunda fase, una vez elaborado el instrumento, se desarrolló la investigación de tipo cuantitativo. La aplicación del protocolo a la muestra, previo consentimiento informado, se hizo en los servicios de atención médica urgente mencionados (SUMMA 112, SAMUR Y CRUZ ROJA) y en los diferentes turnos de trabajo. En todo momento, la participación fue voluntaria y anónima, y los protocolos de evaluación fueron presentados en sobres sellados con una carta de presentación en la que se explicaba el objeto de la investigación y el uso exclusivamente para fines científicos de la información recibida.

Resultados

En primer lugar se realizó un análisis de correlación bivariada de Pearson para explorar las relaciones entre las diferentes variables del estudio. En la tabla 1 aparecen los descriptivos y las correlaciones de las variables estudiadas. En general, los análisis de correlación indican que las variables de personalidad muestran altas relaciones con las dimensiones del estrés traumático secundario. La fatiga por compasión muestra altas correlaciones con Comprensibilidad ($r = -0,72$; $p < 0,01$), y Empatía ($r = 0,52$; $p < 0,01$), mientras que con Reto resultan más moderadas ($r = -0,34$; $p < 0,01$). Lo mismo ocurre con el trauma secundario, que su vez muestra unas correlaciones muy altas con comprensibilidad ($r = -0,55$; $p < 0,01$) y empatía ($r = 0,70$; $p < 0,01$), mostrando niveles de asociación muy fuertes. Por su parte las correlaciones encontradas con Sacudida de creencias siguen el mismo patrón, con las variables Comprensibilidad ($r = -0,41$; $p < 0,01$) y Empatía ($r = 0,41$; $p < 0,01$) muestran correlaciones altamente significativas, aunque resultan más moderadas con Sentido del Humor ($r = 0,19$; $p < 0,05$).

Análisis de regresión

Puesto que el objetivo principal del estudio consiste en analizar la influencia de las variables de personalidad mencionadas sobre el estrés traumático secundario, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple jerárquica mediante el paquete estadístico SPSS 12.0, siguiendo las sugerencias de Cohen y Cohen (1983). Se analizaron los supuestos del modelo estadístico de regresión (homocedasticidad, independencia y la no colinealidad). Una vez efectuados los análisis, el diagrama de dispersión de los pronósticos por los residuos tipificados nos indicó la igualdad de varianzas. Del mismo modo, el estadístico Durbin-Watson nos informó de la independencia de los residuos. Por último, los estadísticos de colinealidad (índices de tolerancia e inflación) descartaron la existencia de colinealidad entre las variables independientes.

En el primer paso, con el objetivo de controlar el efecto de determinadas variables sociodemográficas que la literatura ha señalado como relacionadas con el estrés traumático secundario (Figley, 1995; Stamm, 1995), se introdujeron el género, la experiencia laboral, la historia de trauma previa y el número de horas de trabajo semanales. En el segundo paso se introdujeron las variables de personalidad; comprensibilidad, empatía, reto y sentido del humor, para analizar el porcentaje de varianza del estrés traumático secundario explicado por las variables de personalidad citadas. Este modelo se siguió con cada una de las dimensiones del estrés traumático secundario como variables criterio (fatiga por compasión, trauma secundario y sacudida de creencias). En la tabla 2 se presentan los resultados de los análisis.

Puede observarse que después de controlar los efectos de las variables sociodemográficas, las variables de personalidad predicen un porcentaje significativo de la varianza en el estrés traumático secundario. Concretamente, los resultados indican que comprensibilidad, reto y empatía predicen significativamente la fatiga por compasión, explicando un 60,8% de la varianza total. La variable comprensibilidad apa-

Tabla 1
Medias, desviaciones típicas y correlaciones entre las variables de personalidad
y las dimensiones del estrés traumático secundario

Variabes	M	DT	1	2	3	4	5	6	7
1. Comprensibilidad	3,12	0,45	1,00						
2. Empatía	2,03	0,54	0,55**	1,00					
3. Reto	3,08	0,48	0,18**	-0,21**	1,00				
4. Sentido del humor	2,95	0,49	-0,02	0,01	0,20**	1,00			
5. Fatiga por compasión	1,70	0,52	-0,72**	0,52**	-0,34**	-0,03	1,00		
6. Trauma secundario	2,31	0,52	-0,55**	0,70**	-0,16**	0,21**	0,52**	1,00	
7. Sacudida de creencias	2,47	0,59	-0,41**	0,41**	-0,09	0,19*	0,42**	0,44**	1,00

* p<0,5, ** p<0,1.

Tabla 2
Análisis de regresión del Estrés traumático secundario

VARIABLES DEPENDIENTES	VARIABLES PREDICTORAS	β	R ²	R ² Total	F
Fatiga por Compasión	Comprensibilidad	-0,617***	0,540		180,96***
	Reto	-0,211**	0,052		110,90***
	Empatía	0,157*	0,016	0,608	78,67**
Trauma Secundario	Género	0,109*	0,047		7,67**
	Empatía	0,586***	0,484		86,64***
	Sentido del Humor	0,185**	0,036		66,49***
	Comprensibilidad	-0,204**	0,028	0,596	55,65***
Sacudida de creencias	Comprensibilidad	-0,425***	0,181		33,48***
	Empatía	0,278**	0,047		22,21**
	Sentido del Humor	0,225**	0,050	0,278	19,22**

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

rece como la variable más significativa ($\beta = -0,617$; $p < 0,001$), explicando el 54% de la varianza de la fatiga por compasión.

Respecto al trauma secundario, aparecen como predictores el género, la empatía, el sentido del humor y la comprensibilidad. Conjuntamente, estas variables explican el 59,6% de la varianza total. En este caso, la empatía es la variable de personalidad que explica mayor variabilidad de esta dimensión, dando cuenta del 48,4% de la varianza de la variable criterio. Los resultados señalan que el género está asociado al trauma secundario ($\beta = 0,10$; $p < 0,05$), siendo las mujeres las que mayores niveles de trauma secundario padecerían.

Por otra parte, la comprensibilidad, la empatía y el sentido del humor predicen significativamente la dimensión sacudida de creencias, siendo más de un 27% la varianza total explicada por este modelo de personalidad. En este caso, la comprensibilidad aparece como la variable más significativamente relacionada con la sacudida de creencias ($\beta = -0,425$; $p < 0,001$) explicando el 18,1% de su varianza total.

Discusión

El objetivo de este trabajo era el de conocer el papel que juegan determinadas variables de personalidad en el estrés traumático secundario en una población trabajadora considerada de alto riesgo. De forma general, los resultados encontrados

parecen indicar que las variables de personalidad planteadas en el presente estudio son factores influyentes en el proceso de estrés traumático secundario definido operativamente como fatiga por compasión, trauma secundario y sacudida de creencias.

Estos resultados confirman los hallazgos de investigaciones previas. Una de las variables más estudiadas en el estrés traumático ha sido la empatía como factor riesgo o vulnerabilidad. En nuestro estudio, la empatía aparece como el factor más determinante del trauma secundario, explicando cerca del 50% de su varianza. Igualmente, parece influir en las otras dimensiones, explicando una cantidad de varianza significativamente menor. En investigaciones previas, Bellet (1991) ha indicado que existe una clara relación entre la empatía de los profesionales clínicos y la compasión y calidad del cuidado que ellos mismos proveen. Para hacer frente a su trabajo y evitar las consecuencias de una excesiva empatía, algunos clínicos buscan la "separación" emocional respecto a los problemas de sus pacientes, aunque como señala Halpern (2001), estas estrategias no son siempre efectivas. En el mismo sentido, Valent (1995) ha expuesto que llegar a identificarse con la víctima del trauma conlleva desarrollar estrategias de afrontamiento inadecuadas. Por ejemplo, conductas sobreprotectoras o de excesiva atención hacia la víctima pueden llegar a producir en el profesional sanitario sentimientos de angustia y nerviosismo (Janoff-Bulman, 1992).

Dentro de las variables cognitivas, es especialmente relevante el papel que desempeña la comprensibilidad como aspecto clave en la aparición de la fatiga de compasión y la sacudida de creencias. La comprensibilidad es la propensión del sujeto a considerar la realidad, natural e interpersonal, como estable, ordenada, consistente y predecible. Ello permite tener un sistema cognitivo estructurado, capaz de anticiparse y prever los acontecimientos o, al menos, de integrarlos dentro de un marco de probabilidades. Es lógico que se encuentre inversamente relacionado con los procesos traumáticos. De acuerdo a las teorías cognitivas del trauma (Janoff-Bulman, 1989) los acontecimientos resultan traumáticos en la medida en que las asunciones básicas se vean amenazadas. Por lo tanto, el poseer un sistema cognitivo estructurado parece ser un factor protector ante el trauma. Diversos estudios empíricos vienen a indicar lo mismo. En un estudio sobre los efectos del terremoto del Salvador en 2001 (Vázquez, Cervellon, Pérez-Sales, Vidales y Gaborit, 2005), se observó que la búsqueda de significado, concepto relacionado con la comprensibilidad, fue una de las respuestas que más frecuentemente desarrollaron las víctimas y que atenuaban el impacto de la tragedia. Una posible explicación es que estas personas sienten una mayor capacidad de control, al creer que el mundo está estructurado y tiene significado y que es, por tanto, predecible.

Nuestros datos se aproximan a los encontrados, entre otros, en el estudio de Moreno-Jiménez, González y Garrosa (1999), donde la influencia de comprensibilidad también fue encontrada en otro riesgo psicosocial como el síndrome de burn-out. Por otro lado, y siguiendo la visión clásica de Kobasa (1979), la variable reto de personalidad resistente podría estar actuando mediante la modificación de la percepción de los estresores de forma que fueran considerados como oportunidades más que como amenazas. Otros autores han señalado que la dimensión reto podría

actuar induciendo estrategias de afrontamiento adaptativas (Solkova y Tomakek, 1994). Aunque, según los datos, el papel de reto resulta bastante limitado, explicando poco más del 5% de la varianza de la fatiga de compasión.

Por otra parte, un dato llamativo encontrado ha sido que el sentido del humor de los profesionales de emergencias influye en la aparición tanto del trauma secundario como de la sacudida de creencias. En concreto, si se atiende a los análisis de correlación y regresión, se observa que existe una relación directa. Es decir, a mayor sentido del humor, mayores puntuaciones en las dimensiones señaladas. Estos resultados se hallan en disonancia con la evidencia empírica revisada en esta área (Moran, 1998, 1999, 2002; Taylor, 1996) que coincide en resaltar el papel del sentido del humor como factor protector ante el trauma. La explicación más directa es que el sentido del humor puede ser percibido como una estrategia de afrontamiento eficaz a corto plazo, pero que ante situaciones estresantes mantenidas en el tiempo, el sentido del humor constituye una estrategia de *coping* de tipo evitativo o de negación.

Finalmente, se confirman las diferencias significativas en función del género, tal y como ya se mostró en un estudio con psicoterapeutas que trabajaban con víctimas de abusos sexuales, donde se encontró que los terapeutas femeninos padecían muchos más síntomas de estrés traumático secundario que los terapeutas masculinos (Kassam-Adams, 1995).

Dejando a un lado los resultados de nuestro estudio, probablemente el argumento más comúnmente esgrimido a la hora de señalar la relevancia de las variables de personalidad en los procesos traumáticos consiste en que no todas las personas expuestas a acontecimientos traumáticos cursan una respuesta patológica ni secuelas importantes. En este sentido, alrededor del 75% de las personas que se han enfrentado a situaciones traumáticas no mostraron respuestas graves de estrés (Wortman y Silver, 1992). Igualmente, los estudios epidemiológicos del trastorno de estrés postraumático (TEPT), muestran que las tasas de prevalencia son moderadamente bajas (Chrestman, 1995). Así, parece que la prevalencia del trastorno es mucho menor que la exposición a eventos traumáticos, y las discrepancias no son debidas tan solo a las diferencias entre las muestras de los estudios. En la misma línea, otros estudios muestran como las variables individuales tienen mayor peso predictivo que los sucesos traumáticos. En un estudio entre excombatientes de la guerra de Vietnam, una situación altamente amenazante como es la exposición en combate explicó tan solo el 9% de la varianza de la sintomatología postraumática, mientras que los estilos de afrontamiento explicaron el 26% (Wolfe, Keane, Kaloupek, Mora y Wine, 1993). Otro estudio norteamericano investigó los predictores del TEPT tras la exposición a desastres naturales. Se halló que entre aquellos niños que habían vivido un huracán, la ansiedad y la reactividad emocional contribuyeron más a la explicación de la varianza del TEPT que la exposición al huracán (Lonigan, Shannon, Taylor, Finch y Sallee, 1994).

En el campo de la psicología del trauma parece urgente la necesidad de desarrollar estudios longitudinales. Esta es una de las principales limitaciones del estudio, su diseño transversal nos impide concluir en términos de causalidad. En el presente estudio hemos puesto de manifiesto la importancia de las variables de personalidad

en el estrés traumático secundario, aunque otras características de personalidad o contextuales no evaluadas en el presente estudio pueden estar jugando un importante rol en el proceso del estrés traumático.

En resumen, los resultados del análisis del estrés traumático secundario en los servicios de atención médica de la Comunidad han permitido comprobar que existen variables de resistencia o vulnerabilidad que tienen que ver con los variables de personalidad cognitivas y emocionales, que hacen que se perciba a sí mismo como capaz de solucionar con éxito los desafíos del medio laboral y se sienta eficaz como profesional y con las capacidades necesarias para afrontar situaciones estresantes.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. Test revision). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Beaton, R. D. y Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En C. R. Figley (dir.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Bellet, P. S. y Maloney, M. J. (1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *Journal of American Medical Association*, 266, 1831-1832.
- Bowman, M.L. (1999). Individual differences in posttraumatic distress: Problems with the DSM-IV model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 21-33.
- Byrne, D.G. (1984). Personal assessments of life-event stress and the near future onset of psychological symptoms. *British Journal Medical Psychology*, 57, 241-8.
- Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonneh, D.Y. y Mahoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Social Science and Medicine*, 32, 1089-1096.
- Cazabat, E. (1998). *Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar. Centro de estudios del trauma psicológico y el estrés*. Recuperado de <http://www.geocities.com/cazabat/trauma.htm>.
- Chrestman, K. R. (1995). Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. En Stamm, B.H. (dir.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran.
- Contrada, R. (1989). Type A behavior, personality hardiness, and cardiovascular responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 895-903.
- Dutton, M. A. y Rubenstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C. R. Figley, *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. Nueva York: CRC Press.
- Funk, S.C. (1992). Hardiness: a review of theory and research. *Health Psychology*, 11, 335-345.

- González, H., Miguel-Tobal, J.J., Cano y Iruarrizaga (2004). Efectos de la exposición eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10, 207-217.
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: humanising medical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions—towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Free Press.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Suls (dirs.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J. Lawrence Erlbaum.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer (trad.: *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. 1986).
- Lee, R.T. y Ashfort, B.E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of applied psychology*, 75, 743-747.
- Lonigan, C.J., Shannon, M.P., Taylor, C.M., Finch, A.J. y Sallee, F.R. (1994). Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of post-traumatic symptomatology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 33, 94-105.
- Maddi, S.R. y Kobasa, S.C. (1984). *The hardy executive: health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Moran, C. C. (1998). Cognitive behaviour therapy for emotional disorders: The role of humour. *Australian Journal of Comedy*, 4, 89-102.
- Moran, C. C. (1999). Differential influences of coping humour and humour bias on mood. *Behavioural Medicine*, 25, 36-42.
- Moran, C.C. (2002). Humor as a moderador of compasión fatigüe. En C.R. Figley (dir.), *Treating compasión fatigüe* (pp. 139-154). Nueva York: Brunner Routledge.
- Morante, M.E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A. y Stamm, B. (2006). Conceptualizing secondary traumatic stress among emergency service workers in Madrid, Spain. *Traumatic Stress Points*. <http://www.istss.org/publications>.
- Moreno-Jiménez, B., González, J. L., y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (dirs.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-85). Madrid: Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B., González, J.L. y Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 163-180.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E. y Rodríguez-Carvajal, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12, 215-231.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Rodríguez-Muñoz, A. y Garrosa, E. (2004). Secondary traumatic stress as psychosocial emergent risk. *Psychology & Health*, 19, 117-118.
- Paton, D. y Violanti, J. (1996). *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment*. Springfield, IL.
- Peñacoba, C. y Moreno-Jiménez, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Reynolds, W. J. (2000). *The Measurement and development of empathy in nursing*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Rowe, M.M. (1997). Hardiness, stress, temperament, coping, and burnout in health professionals. *American Journal of Health Behavior*, 21, 163-72.

- Ryland, E. y Greenfeld, S. (1991). Work stress and well-being: an investigation of antonovsky's sense of coherence model. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 39-54.
- Saarni, C. (2000). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Solkova, I. y Tomanek, P. (1994). Daily stress coping strategies: An effect of hardiness. *Studia Psychologica*, 36, 390-392.
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore: Sidran.
- Taylor, A. J. W. (1996). Disaster and victim classification. En D. Paton y N. Long (Eds.), *Psychological aspects of disasters* (pp.26-39). Palmerston North, New Zealand: Dunmore Press.
- Thayer, R.E., Newman, R. y McClain, T. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 910-925.
- Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. En C. R. Figley (dir.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9, 231-254.
- Vázquez, C., Cervellon, P., Pérez-Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001): A naturalistic study in refugee shelters. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-28.
- Wiebe, D.J. (1991). Hardiness and stress moderation: a test of proposed mechanism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 89-99.
- Wolfe, J., Keane, T., Kaloupek, D., Mora, C. y Wine, P. (1993). Patterns of positive readjustment in Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 179-193.
- Wortman, C.B. y Silver, R.C. (1992). Reconsidering assumptions about coping with loss: an overview of current research. En L. Montada, S-H Filipp y M Lerner (dirs.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp 341-65). Hillsdale, NJ: Erlbaum.