

Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio

Cristóbal Guerra
Universidad Santo Tomás, Chile
Noemí Pereda
Universitat de Barcelona

Una de las formas de desgaste laboral que puede afectar a profesionales dedicados a ayudar a víctimas de eventos traumáticos es el estrés traumático secundario. Este trastorno es frecuente en aquellos que trabajan con víctimas de la violencia y, especialmente, en los que ejercen con niños, niñas y adolescentes, si bien son pocos los trabajos al respecto. El objetivo del presente estudio fue comparar los niveles de estrés traumático secundario de psicólogos de centros especializados en la atención a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil y psicólogos de contextos laborales más amplios. Método: La muestra se compuso de 259 profesionales (M= 33.3 años; DT= 8.0 años; 190 mujeres y 69 varones). El 56.4% trabajaba en centros especializados de atención a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil, mientras que el 43.6% trataba otras problemáticas. Todos respondieron la Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004). Resultados: Los psicólogos que atienden a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil presentan niveles significativamente mayores del trastorno y de todos sus síntomas, además superan el punto de corte de la escala en mayor medida que los psicólogos de contextos más amplios. Conclusión: Dadas las graves implicaciones que estos resultados pueden tener para el clínico y sus pacientes, es necesario generar estrategias para el cuidado y autocuidado de los psicólogos que atienden a víctimas infantiles. Se requiere más investigación en este ámbito que permita clarificar el curso de esta sintomatología, así como las estrategias más apropiadas para afrontarla.

Palabras clave: estrés traumático secundario, maltrato infantil, abuso sexual, desgaste profesional, psicólogos.

Secondary traumatic stress in psychologists who work with children victims of maltreatment and sexual abuse: An exploratory study

Secondary traumatic stress is a kind of job stress that affects professionals dedicated to help victims of traumatic events. This disorder is common in those professionals who work with victims of violence, and especially in those who work with children and adolescents, although there are few studies about it. The aim of this study was to compare the secondary traumatic stress levels between psychologists who work in centers for victims of child maltreatment and sexual abuse and psychologists who work in other contexts. Method: The sample consisted of 259 professionals (M= 33.3 years, SD= 8.0 years), 190 women and 69 men. 56.4% worked in specialized centers for victims of child maltreatment and sexual abuse, while the other 43.6% worked with other kinds of patients. All respondents answered the Secondary Traumatic Stress Scale (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004). Results: Psychologists who treat victims of child maltreatment and sexual abuse had significantly higher levels of all secondary traumatic stress symptoms. In addition, psychologists working with child trauma exceed the cutoff point more frequently than psychologists working in other contexts. Conclusion: Given the serious implications that these results may have for therapists and their patients, it is necessary to create strategies for care and self-care for psychologists who work with child victims. More research is required in this area to clarify the course of the disorder, and the most appropriate strategies to cope with it.

Keywords: Secondary traumatic stress, child maltreatment, sexual abuse, job stress, psychologists.

Introducción

Desde sus inicios, la psicología ha mostrado interés por estudiar el efecto que tiene la práctica de la psicoterapia en el terapeuta. Desde Freud (1959), uno de los pioneros en este estudio al acuñar el término *contratransferencia*, hasta autores más recientes como Maslach y Jackson (1981), creadores de un instrumento para medir el denominado síndrome de estar quemado por el trabajo, los intentos de evaluar la afectación que tiene para el clínico el contacto con el dolor de sus pacientes son múltiples y han recibido diferentes nominaciones (Stamm, 1997). Entre ellas destacan el estrés traumático secundario (Figley, 1983), la traumatización vicaria (McCann y Pearlman, 1990) y la fatiga por compasión (Figley, 2002), términos generalmente usados de forma indistinta para hacer referencia a un tipo de desgaste laboral que afectaría, específicamente, a profesionales dedicados a ayudar a víctimas de eventos traumáticos.

En este contexto, el estrés traumático secundario refiere al desajuste que puede surgir en el profesional debido a su implicación empática con la víctima y a

la exposición indirecta (o secundaria) al evento traumático que ésta ha vivido (Figley, 1983). Es esta capacidad empática del profesional el elemento central para el desarrollo de la sintomatología secundaria (Beaton y Murphy, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; McCann y Pearlman, 1990; Moreno Jiménez, Garrosa, Morante y Rodríguez, 2004; Valent, 2002). Figley (1995) lo explica señalando que para un adecuado trabajo con víctimas de eventos traumáticos, el profesional debe utilizar sus habilidades empáticas, que lo llevan a identificarse con la víctima. Esta identificación con la víctima, esencial para el trabajo de contención y apoyo, genera en el profesional una especie de contagio emocional que el autor ha denominado “estrés por compasión” o “estrés por empatía” que tiende a derivar en un deseo por ayudar al otro y en un sentimiento de satisfacción por hacerlo. No obstante, la prolongada exposición a situaciones que provoquen estrés por empatía daría lugar a una sobreidentificación con la víctima y, como resultado de ello, el profesional podría desarrollar sintomatología de estrés postraumático.

Bride, Robinson, Yegidis y Figley (2004), señalan que los efectos de esta exposición secundaria son similares a los de la exposición primaria (o directa), con la diferencia que la traumatización experimentada directamente por una persona (el cliente) es experimentada por una segunda persona (el profesional que lo atiende). En este sentido, ya la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) indica que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) puede surgir tanto ante la exposición directa a un acontecimiento traumático como ante la exposición indirecta a detalles del suceso traumático. Igual que en el TEPT sufrido por víctimas directas, el estrés secundario incluye síntomas intrusivos, evitativos y de aumento de la activación fisiológica. A su vez, puede llegar a cambiar la visión del profesional respecto a sí mismo, los demás y el mundo, afectando a su pensamiento y conducta (McCann y Pearlman, 1990). Además se ha encontrado que los profesionales con estrés traumático secundario realizan un trabajo más deficiente, pudiendo afectar negativamente a sus clientes (Bride et al., 2004; Gentry, 2003; Salston y Figley, 2003; Sheehy y Friedlander, 2009; Valent, 2002).

Entre los profesionales vulnerables a padecer esta traumatización vicaria se destacan los psicólogos, trabajadores sociales, abogados, médicos, personal de rescate, y en general a cualquiera que se desempeñe en labores de ayuda de personas expuestas directamente al trauma (Arvay y Uhlemann, 1996; Figley, 1999; McCann y Pearlman, 1990; Moreno Jiménez et al., 2004; Sabo, 2006) y a experiencias de victimización (Astin, 1997; Bober y Regehr, 2006; Brady, Guy, Poelstra y Browkaw, 1999; Salston y Figley, 2003). A nivel más específico se ha señalado que aquellos que trabajan con victimización infantil serían más vulnerables a padecerlo ya que los niños y niñas son los miembros más frágiles de la sociedad lo que hace más probable empatizar con su sufrimiento y contagiarse emocionalmente (Beaton y Murphy, 1995; Meyers y Cornille, 2002; Neumann y Gamble, 1995; Perry, 2003). No obstante, es escasa la investigación que compara el estrés traumático secundario en distintos grupos de profesionales. Algunos de los estu-

dios que comparan los efectos adversos de distintos tipos de trabajo no abordan directamente el estrés traumático secundario. Otros sí lo hacen, pero comparan sólo a profesionales que atienden a adultos o sólo a profesionales que atienden a personas de diferentes edades, pero dentro de la temática del trauma. Por ejemplo, Cunningham (2003) encontró que los terapeutas de víctimas de abuso sexual presentaban más distorsiones cognitivas respecto a su seguridad, confianza y estima que aquellos que trataban con pacientes de cáncer. Por su parte, Johnson y Hunter (1997) compararon a terapeutas especializados en el tratamiento a víctimas de agresión sexual y terapeutas generalistas, encontrando un mayor agotamiento emocional en los primeros. Aun cuando estos estudios no abordan medidas específicas de estrés traumático secundario, sus resultados muestran mayor afectación emocional en quienes trabajan con víctimas de abusos sexuales, por lo que cabría esperar que esta tendencia se mantuviera al incluir medidas específicas del fenómeno. No obstante, los resultados de los pocos estudios en el área no parecen confirmar estos resultados. En esta línea, Kadambi y Truscott (2004) compararon a clínicos que trataban a víctimas de violencia sexual, supervivientes de cáncer o pacientes de un contexto más generalista, sin encontrar diferencias significativas en estrés traumático secundario. Tampoco encontraron diferencias Way, Van-Deusen, Martin, Applegate y Jandle (2004) entre terapeutas de víctimas y aquellos que trabajaban con agresores, si bien hay que tener en cuenta que ambos grupos se encontraban dentro del rango de trabajo con experiencias violentas. De este modo, estos estudios mantienen la incertidumbre respecto a los contextos de mayor riesgo. A su vez, la escasez de estudios con terapeutas que trabajen con menores de edad víctimas de la violencia, impide conocer si se trata de un problema generalizado a todos los profesionales o su mayor o menor afectación con este colectivo de pacientes. Uno de los pocos trabajos que ha comparado a terapeutas de víctimas adultas y terapeutas de menores de edad no ha encontrado diferencias entre ambos colectivos (Brady, Guy, Poelstra y Browkaw, 1999), pero nuevamente se está en presencia de dos grupos de profesionales que trabajan con poblaciones altamente traumatizadas.

Coherentemente a lo recién expuesto, las revisiones sistemáticas como la de Elwood, Mott, Lohr y Galovski (2011) o Chouliara, Hutchison y Karatzias (2009) alertan que los resultados sobre este fenómeno y su prevalencia en distintos contextos laborales no son concluyentes y deben seguir siendo estudiados. Por esta razón, este estudio pretende contribuir a la comprensión del fenómeno mediante la comparación de los niveles de estrés traumático secundario en psicólogos que trabajan en centros especializados de atención a niños y niñas víctimas de maltrato y abuso sexual infantil con los de psicólogos de contextos laborales mucho más amplios. Se plantea la hipótesis que los psicólogos de menores de edad víctimas de la violencia presentarán mayores niveles de estrés traumático secundario que aquellos que atienden a pacientes con otras problemáticas.

Método

Participantes

Participaron 259 psicólogos clínicos chilenos, con edades comprendidas entre los 23 y 77 años ($M= 33.3$ años; $DT= 8.0$ años), de ellos 190 (73.4%) eran mujeres y 69 (26.6%) varones. La muestra se dividió en dos grupos. El primero formado por 146 psicólogos (56.4%) que trabajaban en centros especializados de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato grave y abuso sexual, mayoritariamente intrafamiliar. El segundo fue constituido por los 133 psicólogos restantes (43.6%), que trabajaban en hospitales o despachos privados donde atendían a pacientes con problemáticas variadas, pero diferentes al maltrato y abusos sexuales (principalmente niños, niñas y adolescentes con trastornos de conducta, del aprendizaje, del estado de ánimo y consumo de sustancias). Ambos grupos no presentaron diferencias significativas en su distribución por género (*Chi-cuadrado* [1]=2.8; $p>0.05$), pero los psicólogos de centros de atención a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil eran significativamente más jóvenes que los de contextos más amplios (diferencia de medias= 4.1 años; $t[252]= 4.2$; $p<0.01$).

Instrumentos

Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS; Bride et al., 2004, adaptación chilena por Guerra y Saiz, 2007). Es una escala de autoinforme que evalúa síntomas de estrés traumático secundario durante los últimos siete días. Sus 17 ítems se responden en una escala de frecuencia que va de 1 (nunca) a 5 (con mucha frecuencia). El instrumento se encuentra dividido en una escala total y tres subescalas: intrusión (5 ítems), evitación (7 ítems) y activación (5 ítems). A mayor puntaje, mayor es la frecuencia de la sintomatología. Bride (2007) sugiere cuatro categorías para interpretar los resultados de la escala total: sintomatología *muy baja* (entre 17 y 27 puntos); *baja* (entre 28 y 37 puntos); *moderada* (entre 38 y 43 puntos); *alta* (entre 44 y 48 puntos); y *severa* (sobre 48 puntos). Además, el autor propone como puntaje de corte los 38 puntos en la escala total. La STSS presenta validez de constructo y fiabilidad en su adaptación a población chilena (Guerra y Saiz, 2007). En el presente estudio, tanto la escala total como las subescalas presentaron adecuada consistencia interna (alfa entre 0.78 y 0.92). La STSS se ha aplicado en diversos contextos, como Estados Unidos (Bride, Jones y MacMaster, 2007), Sur África (Ortlepp y Friedman, 2002) o Chile (Betta, Morales, Rodríguez y Guerra, 2007), y a profesionales como trabajadores sociales (Ting, Jacobson, Sanders, Bride y Harrington, 2005), enfermeras (Dominguez-Gomez y Rutledge, 2009), entrevistadores forenses (Perron y Hiltz, 2006) y terapeutas de víctimas de la violencia (Bloom, 2009).

Procedimiento

El procedimiento fue aprobado por el comité de ética de una de las universidades implicadas. La muestra fue intencional. Para conformarla se elaboró un listado con los datos de psicólogos clínicos que figuraban en los registros del Servicio Público de Salud, del Fondo Nacional de Salud que regula parte de la oferta privada de psicoterapeutas en Chile y de cuatro instituciones especializadas en la atención a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil.

Se contactó a 525 psicólogos, mediante entrevista telefónica o correos electrónicos. Para evitar sesgos en las respuestas, los participantes fueron ciegos a los objetivos e hipótesis del estudio. A quienes dieron su consentimiento se les envió la escala por correo postal junto a un sobre con estampilla para su reenvío al equipo investigador. El 49.3% de los contactados participó en el estudio. Los datos devueltos fueron ingresados y analizados con el programa SPSS 21.0 (IBM Corporation, 2012).

Resultados

A nivel general, se observa que tanto los psicólogos de centros especializados en atención a víctimas infantiles como los que trabajan en contextos más amplios tienen una puntuación media en la STSS dentro del rango de la categoría “sintomatología baja” según las normas de Bride (2007). Un análisis más detallado, muestra que los que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos puntúan en el extremo superior de dicha categoría (37.1 puntos), en cambio los de contextos amplios lo hacen en la mitad de ella (33.5 puntos).

Para evaluar si esta diferencia de medias es estadísticamente significativa se realizaron análisis con la prueba *t* de student. Los resultados indican que los psicólogos de centros de atención a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil presentan puntuaciones significativamente mayores en la escala total del autoinforme que los de contextos laborales amplios ($t[234]=-2.7$; $p<0.01$; d de Cohen=0.35). Se repitió el análisis con las subescalas del autoinforme y los psicólogos de los centros especializados en la atención a víctimas infantiles también obtienen mayores puntuajes en intrusión ($t[237]=-3.3$; $p<0.01$; d de Cohen= 0.43), en evitación ($t[242]=-2$; $p<0.05$; d de Cohen= 0.26) y en activación ($t[235]=-2.5$; $p<0.05$; d de Cohen= 0.32). El detalle se puede ver en la tabla 1 (ver página siguiente).

Además, si se considera la proporción de psicólogos de cada grupo que supera el puntaje de corte de la STSS (38 puntos) se aprecia que los de centros especializados de atención a víctimas infantiles superan a los de contextos generalistas (*Chi-cuadrado* [1]= 7.7; $p<0.01$; v de Cramer= 0.17). La tabla 2 (ver página siguiente) muestra el número y porcentaje de psicólogos de ambos grupos que supera el puntaje de corte (Bride, 2007).

TABLA 1. NIVEL DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS DE DISTINTOS CONTEXTOS LABORALES.

	<i>Psicólogos maltrato y abuso sexual infantil (n=146)</i>	<i>Psicólogos hospitalares y práctica privada (n=113)</i>	<i>Total (n=259)</i>
STSS total	M= 37.1; DT= 10.1	M= 33.5; DT=10.7	M= 35.3; DT=10.5
Intrusión	M= 10.8; DT=3.2	M= 9.4; DT=3.4	M= 10.2; DT=3.3
Evitación	M= 14.7; DT=4.6	M= 13.5; DT=4.6	M= 14.2; DT=4.6
Activación	M= 11.6; DT=3.4	M= 10.5; DT=3.5	M= 11.1; DT=3.5

TABLA 2. PROPORCIÓN DE PSICÓLOGOS DE DISTINTO CONTEXTO LABORAL CON NIVELES DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO POR ENCIMA DEL PUNTAJE DE CORTE.

	<i>Psicólogos maltrato y abuso sexual infantil (n=146)</i>	<i>Psicólogos hospitalares y práctica privada (n=113)</i>	<i>Total (n=259)</i>
Sin estrés traumático secundario	80 (54.8%)	81 (71.7%)	161 (62.2%)
Con estrés traumático secundario	66 (45.2%)	32 (28.3%)	98 (37.8%)

Dado que los psicólogos de los centros de maltrato y abuso sexual infantil eran significativamente más jóvenes que los de los contextos laborales más amplios, se decidió realizar dos análisis tendientes a descartar que las diferencias en los niveles de estrés traumático secundario entre ambos grupos fueran debidas al factor edad. En primer lugar, se examinó la asociación entre estrés traumático secundario y edad en el total de participantes que reportó este último dato ($n=254$). El resultado indicó una ausencia de correlación entre ambas variables ($r=0.001$ $p=0.99$). De forma complementaria, se comparó la media de edad entre el grupo de psicólogos que, independientemente de su contexto laboral, presentaban estrés traumático secundario por debajo del puntaje de corte ($n=159$) y por encima de éste ($n=95$). Las puntuaciones medias fueron similares en ambos grupos, con 33.24 (DT=8.30) y 33.43 (DT=7.70) puntos respectivamente ($t[-252]=-0.18$; $p=0.85$; d de Cohen= 0.02).

Discusión

De forma similar a lo encontrado en estudios previos (Cunningham, 2003; Johnson y Hunter, 1997), y de acuerdo con lo hipotetizado, los psicólogos que atienden a víctimas de malos tratos y abuso sexual infantil muestran un mayor

nivel de estrés traumático secundario y de todos sus síntomas que los que ejercen en un entorno generalista.

Aunque los resultados son acotados, su importancia es evidente si se tiene en cuenta que, aparte de la afectación personal de estos profesionales, diversos autores vinculan estos síntomas con un peor funcionamiento profesional (Bride et al., 2004; Gentry, 2003; Salston y Figley, 2003; Sheehy y Friedlander, 2009; Valent, 2002), lo que podría derivar en una mala praxis y consecuencias adversas para los pacientes.

Sin embargo, cabe tener en cuenta que otros autores indican que la presentación de síntomas de estrés traumático secundario en profesionales que trabajan con víctimas es similar a la de otros profesionales que no trabajan con este colectivo y que la explicación debe buscarse en otros tipos de variables vinculadas al propio terapeuta, su forma de trabajar y la organización en la que ejerce (Sabin-Farrell y Turpin, 2003). Cabe valorar la influencia que puede tener en la aparición de estos síntomas la experiencia previa de vivencias traumáticas en el terapeuta. Estudios como el de Pearlman y Mac Ian (1995) muestran que los profesionales que trabajan con pacientes que han vivido sucesos traumáticos presentan un estado emocional similar al del resto de profesionales que no trabajan con este colectivo, si bien existe un gran grupo de terapeutas que han experimentado situaciones traumáticas previas en el grupo de profesionales que trabajan con traumas, lo que sí parece influir en un peor estado psicológico (Ghahramanlou y Brodbeck, 2000). Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias basadas en las experiencias traumáticas previas de los terapeutas (Schauben y Frazier, 1995; Way, Van Deusen, Martin, Applegate y Jandle, 2004) o, a pesar de encontrarlas, han relativizado este efecto, apuntando a otras variables más relevantes en la aparición de estrés traumático secundario como el nivel de estrés personal que experimente el terapeuta o sus estrategias de afrontamiento (Follette, Polusny y Milbeck, 1994), o subrayando que estas diferencias únicamente son significativas cuando se trata de terapeutas con experiencias traumáticas que se encuentran en tratamiento (Bober y Regehr, 2006).

A su vez, algunos autores consideran que la traumatización vicaria es una respuesta normal del terapeuta ante el material traumático que debe gestionar de sus pacientes y abogan por programas de formación que reduzcan la percepción del profesional de que esta sintomatología está vinculada a alguna deficiencia propia (Pearlman y Mac Ian, 1995). A su vez, cabe tener en cuenta que autores como Ortlepp y Friedman (2002) han encontrado que los síntomas de estrés secundario aparecen muy poco tiempo después de la exposición del profesional al material traumático y su duración es limitada. Para los autores, esta posible normalidad en la aparición de síntomas en quienes trabajan con víctimas debe tenerse en cuenta antes de proponer intervenciones que pueden agravar su estado psicológico que, de otro modo, hubiera remitido de forma natural. En esta misma línea, Elwood et al. (2011) abogan por una clarificación del constructo de trauma secundario que subraye las diferencias entre lo que podría considerarse una respues-

ta normal o anormal en el terapeuta ante el estrés experimentado por su trabajo con víctimas. En este sentido, han ganado presencia en la literatura los artículos que evalúan la relación entre una serie de prácticas denominadas de autocuidado y el estrés traumático secundario. Mientras algunos estudios han mostrado una asociación inversa entre el autocuidado y el estrés traumático secundario (Betta et al., 2007; Guerra, Fuenzalida y Hernández, 2009; Guerra, Mújica, Nahamias y Rojas, 2011; Guerra, Rodríguez, Morales y Betta, 2008) otros, como el de Bober y Regehr (2006), muestran que las estrategias de prevención que frecuentemente se proponen para evitar la aparición de síntomas postraumáticos en los terapeutas no son efectivas y que deben realizarse estudios experimentales que realmente demuestren que las estrategias que se sugieren van a tener efectos positivos. Si bien se hace necesario intervenir ante estos casos para evitar posibles consecuencias en los profesionales y sus pacientes, es necesario profundizar en el estudio del fenómeno y de las mejores estrategias para su prevención y tratamiento.

Como limitaciones del presente estudio cabe destacar aquellas vinculadas con los participantes, dado que se trata de una muestra de conveniencia de tamaño relativamente reducido. Por otro lado, aunque la diferencia de edad entre los profesionales que trabajan con víctimas y aquellos que ejercen en un contexto más amplio no resultó estar asociada al estrés traumático secundario en este estudio, futuros trabajos debieran tener en cuenta variables vinculadas como la experiencia profesional y el grado de especialización de los participantes. Es posible que los profesionales más inexpertos aún no hayan desarrollado estrategias personales de prevención ante el estrés generado por su trabajo con víctimas (Ghahramanlou y Brodbeck, 2000), especialmente con víctimas menores de edad (Neumann y Gamble, 1995). Otros trabajos que han analizado esta variable han obtenido diferencias en el nivel de traumatización vicaria entre aquellos profesionales más formados y aquellos con una menor educación para tratar a sus pacientes (Baird y Jenkins, 2003) y entre aquellos con una mayor o menor experiencia en este ámbito (Way et al., 2004). El sexo de los participantes también puede haber influido en los resultados, si tenemos en cuenta que la mayoría de ellos eran mujeres y se ha constatado que éstas reportan síntomas de desajuste con mayor frecuencia (Baum, Rahav y Sharon, 2014), si bien la distribución equitativa entre ambos grupos resta importancia a esta variable. Cabe destacar también que, muy probablemente, dada la extensa proporción de maltrato y abuso sexual infantil en la comunidad, el grupo de profesionales que no trabaja directamente con víctimas se encuentre atendiendo a algunas de éstas. Finalmente, no se ha controlado la gravedad de las experiencias a las que se encuentran expuestos los profesionales a través de los relatos de las víctimas, lo que también puede haber influido en los resultados obtenidos. Quizás un grupo de control que también hubiera estado expuesto a situaciones con una elevada carga emocional, no relacionadas con experiencias de maltrato y abuso sexual infantil, también hubiera presentado síntomas de estrés secundario. A su vez, otras posibles variables predisponentes, como la experiencia

directa de victimización previa en el terapeuta (Pearlman y Mac Ian, 1995), también deberían considerarse para poder avanzar en el estudio del estrés traumático secundario.

Conclusión

Para concluir, el presente estudio aporta nuevos resultados a un fenómeno aún hoy controvertido, como es el estrés traumático secundario. Si bien la generalización de esta sintomatología puede inducir a pensar que es una respuesta normal al atender a víctimas, como clínicos debemos reflexionar sobre las implicaciones que puede tener en nuestro ejercicio profesional si no la tratamos adecuadamente. Para ello, el desarrollo de estrategias personales de prevención, la supervisión profesional y una buena capacidad de insight que nos permita autoevaluarnos al respecto son imprescindibles (Trippany, White Kress y Wilcox, 2004), sin olvidar que las organizaciones deben fomentar un entorno laboral seguro y potenciar un constante entrenamiento de sus profesionales que ayuden a prevenir la aparición del estrés traumático secundario (Bober y Regehr, 2006).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arvay, M.J. y Uhlemann, M.R. (1996). Counsellor stress in the field of trauma: A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling, 30*(3), 193-210.
- Astin, M.C. (1997). Traumatic therapy: How helping rape victims affects me as a therapist. *Women and Therapy, 20*, 101-109.
- Baird, S. y Jenkins, S.R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims, 18*(1), 71-86.
- Baum, N., Rahav, G. y Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(2), 111-122.
- Beaton, R.D., y Murphy, S.A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En Ch. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51-81). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K., y Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento psicológico, 3*(9), 9-19.
- Bloom, M.L. (2009). Secondary traumatic stress: The hidden trauma in child and youth counselors (Tesis doctoral). Wilfrid Laurier University, Canadá.
- Bober, T. y Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*(1), 1-9.
- Brady, J.L., Guy, J.D., Poelstra, P.L. y Browkaw, B. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*(4), 386-393.

- Bride, B.E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70.
- Bride, B.E., Jones, J. y MacMaster, S. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4, 69-80.
- Bride, B.E., Robinson, M.M., Yegidis, B. y Figley, Ch. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35.
- Chouliara Z., Hutchison C. y Karatzias T. (2009). Vicarious traumatization in practitioners who work with adult survivors of sexual violence and child sexual abuse: literature review and directions for future. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9 (1), 47-56.
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work*, 48, 451-459.
- Dominguez-Gomez, E. y Rutledge, D.N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35 (3), 199-204.
- Dutton, M.A. y Rubenstein, F.L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C.R. Figley (Ed.) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). New York: Brunner/Mazel.
- Elwood, L.S., Mott, J., Lohr, J.M. y Galovski, T.E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25-36.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes: A overview of family reactions. En C.R. Figley y H.I. McCubbin (Eds.), *Stress and the Family: Volume II: Coping with Catastrophe* (pp. 3-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, Ch.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, Ch.R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. En B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- Follette, V.M., Polusny, M.M. y Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 275-282.
- Freud, S. (1959). The dynamics of the transference. En E. Jones (Ed.) y J. Riviere (Trans.) *Collected Papers* (Vol. 2, pp. 312-322). New York: Basic Books. (Original work published in 1912.)
- Gentry, J.E. (2003). Desgaste por empatía: El desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2(2), 4-17.
- Ghahramanlou, M. y Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 229-240.
- Guerra, C., Fuenzalida, A. y Hernández, C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica* 27(1), 73- 81.
- Guerra, C., Mújica, A., Nahamias, A. y Rojas, N. (2011). Análisis psicométrico de la Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología* 43(2), 319- 328.
- Guerra, C., Rodríguez K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psyke* 17(2), 67- 78.
- Guerra, C., y Saiz, J.L. (2007). Examen psicométrico de la Escala de estrés traumático secundario: Un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15(3), 441- 456.
- IBM Corporation (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

- Johnson, C.N. E. y Hunter, M. (1997). Vicarious traumatization in counselors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work & Stress*, 11, 319-328.
- Kadambi, M.A. y Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer, and general practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38, 260-276.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- McCann, I.L. y Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- Meyers, T.W. y Cornille, T. (2002). The trauma of working with traumatized children. En C. Figley *Treating Compassion Fatigue* (pp. 39-55). New York: Brunner-Routledge.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2) 215-231.
- Neumann, D.A. y Gamble, S.J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 341-347.
- Ortlepp, K. y Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 213-222.
- Pearlman, L.A. y Mac Ian, P.S. (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.
- Perron, B. y Hiltz, B. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 216-234.
- Perry, B.D. (2003). *The cost of caring: Secondary traumatic stress and the impact of working with high-risk children and families*. Extraído el 01 de Julio de 2014 de http://www.childtrauma.org/ctamaterials/SecTrma2_03_v2pdf
- Sabin-Farrell, R. y Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Sabo, M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice* 12, 136-142.
- Salston, M.D. y Figley, C.R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167-174.
- Schauben, L.J. y Frazier, P.A. (1995). The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49-64.
- Sheehy, M. y Friedlander, M. (2009). The relation of secondary traumatization to therapists' perceptions of the working alliance with clients who commit sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 461-467.
- Stamm, B.H. (1997). Work-related Secondary Traumatic Stress. *PTSD Research Quarterly*, 8(2), 1-8.
- Ting, L., Jacobson, J.M., Sanders, S., Bride, B.E. y Harrington, D. (2005). The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS). Confirmatory factor analyses with a national sample of mental health social workers. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 11 (3-4), 177-194.
- Trippany, R.L., White Kress, V.E. y Wilcox, S.A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling and Development*, 82, 31-37.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. En: Ch. Figley (Ed.). *Treating compassion fatigue* (pp. 17-37). New York Brunner-R.
- Way, I., VanDeusen, K.M., Martin, G., Applegate, B. y Jandle, D. (2004). Vicarious trauma. A comparison of clinicians who treat survivors of sexual abuse and sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 49-71.