

# Trabajo Fin de Máster

Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática

MÁSTER INTERVENCIÓN CRIMINOLÓGICA Y VICTIMOLÓGICA

Autor: Roxana Marité Avalos Martínez

Tutora: Esther Sitges Maciá

## **RESUMEN**

El Estrés Postraumático Secundario (ETS) es un trastorno que afecta a los profesionales de atención primaria que están expuestos a sucesos traumáticos de forma indirecta. Los síntomas pueden ser cognitivos, emocionales y físicos, estos síntomas son similares al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La falta de un diagnóstico diferencial y un tratamiento adecuado puede llevar a consecuencias graves, como el suicidio. Los factores de riesgo incluyen la exposición prolongada a traumas, antecedentes personales y características del entorno laboral. Sin embargo, la formación especializada, el apoyo social y la satisfacción laboral actúan como factores protectores. A pesar de las dificultades en el diagnóstico, es fundamental implementar estrategias de prevención e intervención para conservar la salud mental de los profesionales y mejorar la atención a las víctimas directas del trauma.

*Objetivo:* Describir las características y metodología de las intervenciones que se han realizado en el estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria en los años de 2019-2024.

*Metodología:* Revisión sistemática siguiendo el Método PRISMA realizando una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Science Direct, y Scielo y con el criterio temporal 2020-2024.

*Resultados:* Se obtuvo un total de 77 artículos, de los cuales se incluyeron 3 en la revisión sistemática.

*Conclusiones:* Existen dificultades en la realización de un diagnóstico diferencial y no hay un consenso en la conceptualización de teórica, lo que dificulta la intervención. Por otro lado, aunque se encontró resultados positivos en las intervenciones, es necesario realizar intervenciones longitudinales que validen la eficacia de las intervenciones realizadas.

**Palabras Claves / Términos Mesh:** estrés postraumático secundario, fatiga por compasión, atención primaria, trauma vicario, intervención.

## **ABSTRACT**

Secondary Post-Traumatic Stress (SPS) is a disorder that primarily affects primary care professionals who are constantly exposed to traumatic events indirectly. Symptoms can be cognitive, emotional, and physical; these symptoms are similar to Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The lack of a differential diagnosis and appropriate treatment can lead to serious consequences, such as suicide. Risk factors include prolonged exposure to trauma, personal history, and characteristics of the work environment. However, specialized training, social support, and job satisfaction act as protective factors. Despite the difficulties in diagnosis, it is essential to implement prevention and intervention strategies to preserve the mental health of professionals and improve care for direct victims of trauma.

*Objectives:* Describe the characteristics and methodology of the interventions that have been carried out on secondary post-traumatic stress in primary care professionals in the years 2019–2024.

*Methodology:* Systematic review following the PRISMA method, searching the databases PubMed, PsycINFO, Science Direct, and Scielo with the time criteria 2019-2024.

*Results:* We obtained a total of 77 articles, of which 3 were included in the systematic review.

*Conclusions:* There are difficulties in making a differential diagnosis, and there is no consensus in the theoretical conceptualization, which complicates intervention. On the other hand, although positive results were found in the interventions, it is necessary to carry out longitudinal interventions to validate the effectiveness of the interventions performed.

**Keywords / Mesh Terms:** *Secondary traumatic stress, Intervention in PTSD, Compassion fatigue, and First responders.*

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>MARCO TEÓRICO .....</b>  | <b>6</b>  |
| 2.1 <i>Teorías explicativas del Estrés postraumático secundario .....</i> | 9         |
| 2.2 <i>Factores de riesgo .....</i>                                       | 10        |
| 2.3 <i>Factores de protección .....</i>                                   | 12        |
| 2.4 <i>Intervención en estrés postraumático secundario .....</i>          | 12        |
| <b>OBJETIVOS.....</b>   | <b>14</b> |
| 3.1. <i>Objetivo principal. ....</i>                                      | 14        |
| 3.2. <i>Objetivo secundario .....</i>                                     | 14        |
| <b>MÉTODO .....</b>   | <b>14</b> |
| 4.1. <i>Diseño .....</i>  | 14        |
| 4.2 <i>Procedimiento de selección .....</i>                               | 15        |
| 4.3 <i>Criterios de elegibilidad: .....</i>                               | 15        |
| 4.4 <i>Criterios de exclusión: .....</i>                                  | 15        |
| 4.5 <i>Estrategia de búsqueda .....</i>                                   | 16        |
| <b>RESULTADOS .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>DISCUSIÓN .....</b>  | <b>25</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                    | <b>29</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>35</b> |

## INTRODUCCIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSMV, 2021) entiende por estrés postraumático indirecto como la exposición repetida a detalles del suceso traumático como consecuencia a la exposición del ejercicio de la profesión.

Actualmente, en España no existe un dato exacto sobre la prevalencia del trastorno de estrés postraumático secundario (ETS) en profesionales de atención primaria. Sin embargo, algunos estudios indican que entre el 10% y el 20% de los médicos y enfermeras de urgencias presentan sintomatología relacionada con el ETS (Benito et al., 2019). Este trastorno se ha investigado con mayor frecuencia tras la pandemia de COVID-19, lo que ha ayudado a ampliar sobre el tema y concientizar sobre las necesidades de esta población. Entre las investigaciones recientes se encuentran las de Serrano et al. (2021), Blanco-Daza et al. (2022) y Becerra et al. (2022), por mencionar algunos ejemplos.

Sin embargo, la exposición a estímulos altamente estresantes no es exclusiva de un momento específico de la historia. Los profesionales de atención primaria están constantemente expuestos a factores estresantes durante el transcurso de su profesión, independientemente de eventos como la pandemia. A menudo, ejercen su labor en entornos caóticos, con recursos escasos y manejo ineficiente para la atención de víctimas, además de estar expuestos de manera continua y prolongada a víctimas. Esto, a mediano y largo plazo, puede tener efectos negativos tanto en la salud física como mental del personal, lo que podría llevar a consecuencias emocionales, incapacidad para ejercer adecuadamente su profesión y, finalmente, al abandono de su puesto de trabajo (Prieto-Callejero et al., 2020).

Para esta revisión sistemática me centraré en identificar y Describir las características y metodología de las intervenciones que se han realizado en el estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria en los años de 2019-2024.

## MARCO TEÓRICO

El estrés postraumático secundario (ETS) denominado por otros autores como Fatiga por compasión (Pintado & Pintado, 2018), Trauma vicario (Jenkins & Baird, 2002), Desgaste por empatía, (Fuentes Martínez, E. 2019), Traumatización vicaria o burnout (Roig-Grau, y otros, 2022), se caracteriza por la presencia de aquellas emociones y conductas resultantes de la exposición reiterada con un evento traumático experimentado por otra persona. (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004). En este caso experimentada por profesionales de atención primaria, es decir, paramédicos, bomberos, protección civil, policías, médicos, enfermeros, psicólogos y criminólogos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSMV, 2021) establece los siguientes criterios de diagnóstico para estrés postraumático: (A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza. (B) Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión asociados a los sucesos traumáticos. (C) Evitación persistente de estímulos asociados al suceso. (D) Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático. (E) Alteración importante de la alerta y reactividad asociada. (F) Duración de la alteración superior a un mes. (G) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro y (H) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia. Finalmente describe como criterio de diagnóstico en el apartado A4 la exposición repetida a detalles del suceso traumático como consecuencia a la exposición del ejercicio de la profesión y es en este aspecto en concreto en lo que nos vamos a centrar en esta investigación y que se denomina estrés postraumático secundario.

Figley, 1999, citado en Flores, Souza, Oviedo, & Bonilla, (2016) El Trastorno de Estrés Secundario (ETS) se caracteriza por la aparición de respuestas psicoemocionales en una persona que ha tenido contacto sistemático con el sufrimiento de otras personas a las que ayuda, asiste o cuida. Estas respuestas pueden manifestarse a nivel cognitivo, físico y conductual. A

diferencia del Estrés Postraumático (TEPT), el ETS no es una respuesta inmediata, no surge del primer contacto con la víctima directa del suceso traumático, sino que ocurre como un efecto que se desarrolla con el tiempo debido al contacto continuo con la víctima directa del suceso traumático.

Entre la sintomatología más recurrente, Bride et al., (2003) citado en (Flores, Souza, Oviedo, & Bonilla, 2016) establece que el ETS se puede manifestar a través de síntomas intrusivos, caracterizados por la irrupción de recuerdos recurrentes del evento traumático, flashbacks sobre los sucesos perturbadores y/o pesadillas; síntomas evitativos, que se presentan a través de aislamiento social, anestesia emocional, desinterés en las actividades cotidianas y amnesia; y síntomas de activación como insomnio, sobresaltos, dificultad para concentrarse, irritabilidad.

En términos generales, la sintomatología del estrés postraumático secundario se clasifica en cuatro áreas: (1) reacciones cognitivas, (2) reacciones emocionales, (3) reacciones motoras y (4) reacciones conductuales. A continuación, se describen brevemente los síntomas según Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez (2004).

*Reacciones cognitivas:* pesadillas recurrentes sobre el evento traumático, dificultades de concentración, recuerdos de cosas y cuestionamiento de creencias espirituales.

*Reacciones emocionales:* sentimientos de paralización, ausencia o dispersión, miedo y ansiedad ante la posibilidad de eventos similares, sonidos u olores que recuerdan el evento traumático, sentimientos de falta de gozo en actividades cotidianas, estado de depresión la mayor parte del tiempo, ira o irritabilidad intensa y sensación de vacío o desesperanza hacia el futuro.

*Reacciones motoras:* sobreprotección hacía su propia seguridad y la de su familia, auto aislamiento, hipervigilancia, alteración del sueño, evitación a eventos que le recuerde el

desastre, conflictos familiares, mantenerse excesivamente ocupado para evitar pensar acerca de lo sucedido, dolores de cabeza y malestar.

*Reacciones somáticas:* insomnio, dolores de cabeza, malestar estomacal, tensiones musculares, aceleración del ritmo cardiaco y temperatura corporal fluctuante.

Debido a la amplitud de los síntomas y al poco conocimiento sobre el tema, el trastorno de Estrés Postraumático secundario (ETS) suele ser frecuentemente mal diagnosticado y confundido con otro tipo de trastornos, tales como la depresión o trastornos psicóticos. Esta situación dificulta un tratamiento adecuado y facilita la aparición de sentimientos de culpabilidad. Estos sentimientos pueden finalmente desencadenar un aumento de la sintomatología y tener consecuencias aún más graves, como el suicidio (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004).

Por otro lado, esta sintomatología puede afectar negativamente las funciones laborales, sociales y familiares de los individuos y dado el contexto laboral en el que se desarrolla, es importante realizar una diferenciación entre el ETS y el Burnout. Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, (2004). Afirman que, a pesar de que el Estrés Postraumático Secundario (ETS) y el Burnout afectan a las personas en su entorno laboral, estos son un fenómeno distinto. Por un lado, el ETS está relacionado con la exposición indirecta y repetida a eventos traumáticos y su sintomatología, que es de tipo agudo, puede aparecer de manera repentina. Por otro lado, el Burnout es el resultado de la exposición prolongada a situaciones laborales emocionalmente demandantes, y su sintomatología, que es de tipo crónico, surge de forma gradual. Ambas problemáticas pueden tener un impacto negativo en las funciones laborales, sociales y familiares de los individuos, por lo que es crucial diferenciarlos y abordarlos adecuadamente.

Estudios como los de Castillejo y Osca, (2012); Ehrenreich, (2006); Hillers y Rey, (200); Tello, (2011); Ventura, (2011); Ventura et al., 2008; WHO, (2005), citados en Ruiz, Lorenzo, & Guerrero Angeles, (2017), hacen mención que el ETS es el trastorno más común entre los profesionales de primera respuesta. Entre los sentimientos experimentados por estos profesionales, resalta la sensación de incompetencia laboral, ya que perciben que su capacidad para ayudar en situaciones de emergencia es limitada, lo que en última instancia afecta negativamente su toma de decisiones frente a las víctimas directas.

### *2.1 Teorías explicativas del Estrés postraumático secundario*

El modelo explicativo más conocido es el de Figley (1995), quien estableció principalmente que el Trastorno de Estrés Traumático Secundario (ETS) es el resultado de una respuesta empática desbordada hacia la persona que es la víctima directa del suceso traumático. En este proceso ocurre un intercambio empático entre ambas partes, en el cual el profesional llega a interiorizar la sintomatología de la víctima directa como si fuera propia.

La teoría explicativa de Figley (1995), citada en el trabajo de Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez (2004), sugiere que una persona puede experimentar una variedad de reacciones. Entre estas, se encuentran las cognitivas, como las pesadillas recurrentes y los problemas de concentración. Además, se pueden presentar reacciones emocionales, que se manifiestan en una sensación de vacío, desesperanza hacia el futuro, irritabilidad y miedo, entre otros. También se pueden observar reacciones motoras, como la sobreprotección en la seguridad personal y de su entorno, el aislamiento y la hipervigilancia. Finalmente, las reacciones somáticas pueden incluir dolores de cabeza, malestar estomacal y tensión muscular.

Por otro lado, el modelo teórico de Valent (1995) citado en Velasco Rodríguez, J. (2024) establece que el Trastorno de Estrés Traumático Secundario (ETS) ocurre cuando el

profesional experimenta un impacto psicológico frente al suceso traumático experimentado por la víctima directa. Ante este evento, el profesional es incapaz de activar de manera efectiva las estrategias de afrontamiento, lo que da lugar a sintomatología como: frustración, pérdida de control, sentimientos de incompetencia laboral y desesperanza. Finalmente, con la exposición prolongada, desencadenaría el estrés postraumático secundario.

Otra teoría ha sido la propuesta por Saakvitne y Pearlman (1996), tal como se cita en el trabajo de Velasco Rodríguez, J. (2024). Las autoras postulan que la exposición prolongada y repetitiva de los profesionales a los relatos de las víctimas directas, puede provocar una alteración en los esquemas cognitivos y una distorsión en la memoria. Esta distorsión se manifiesta en la incorporación de imágenes traumáticas que son experimentadas e interiorizadas como si fueran propias. Estas imágenes se integran de manera fragmentada y emergen en la conciencia a través de síntomas intrusivos, manifestándose en forma de flashbacks o pesadillas, esto en un intento de compensar la desestructuración. Este proceso resulta ser similar al sistema de codificación que se observa en las víctimas directas de los sucesos traumáticos que desarrollan un trastorno de estrés postraumático.

## *2.2 Factores de riesgo*

Diversos estudios citados por Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, (2007) sugieren que existe un mayor riesgo de Estrés Traumático Secundario (ETS) en mujeres quienes además muestran más mostrándose más sentimientos de temor, hipervigilantes, vulnerabilidad conectándose con mayor facilidad con la víctima, sin embargo otros autores como Velasco Rodríguez, J. (2024) consideran que estos resultados no pueden ser concluyentes, pues en muchos casos los sujetos de estudios están compuestas mayoritariamente por mujeres y en otros incluso excluyentes, esto debido a la feminización de las profesiones del cuidado en general, y particularmente de la psicología.

Entre los factores de riesgo asociados, se encuentran los profesionales con poca experiencia laboral o con antecedentes de trauma personal (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007). Sin embargo, otros autores, como Trippany et al., (2003), citados en Velasco Rodríguez, J. (2024), sugieren que la investigación cuantitativa no muestra evidencia significativa de esta hipótesis y que las investigaciones más recientes indican que existe un mayor riesgo en casos de víctimas infantiles, pero no en casos de víctimas adultas.

La investigación de Hensel et al. (2015), citada en Velasco Rodríguez, J. (2024), sugiere que, en relación a los antecedentes traumáticos del profesional, el riesgo se presenta cuando se comparte la experiencia traumática. Es decir, cuando el suceso traumático del profesional es similar al experimentado por el paciente. Además, se observan diferencias según la duración de la exposición al contenido y el tipo de trauma experimentado. Se ha encontrado que la violencia sexual, la violencia doméstica y el maltrato infantil son los factores que predicen un mayor impacto.

En el área terapéutica, se ha encontrado que ciertos factores de exposición, tales como extensas jornadas laborales, la duración prolongada de las sesiones de trabajo y un elevado porcentaje de pacientes con traumas, están asociados con una mayor incidencia de Estrés Traumático Secundario (ETS) (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

Además, parece haber un mayor riesgo de incidencia de ETS en profesionales que brindan atención a pacientes que han sobrevivido a traumas violentos, o a pacientes cuyo agresor fue un hombre y la víctima directa fue un menor de edad. También se ha encontrado que existe una mayor tasa de sintomatología asociada al ETS en profesionales de atención primaria que ejercen su profesión en entornos rurales (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

También se ha identificado como factor de riesgo la capacidad de empatizar durante el proceso terapéutico o la atención primaria proporcionada. Una comprensión mal gestionada

por parte del profesional puede llevar a internalizar las experiencias vividas por la víctima directa como propias. (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004)

### *2.3 Factores de protección*

A nivel laboral, se ha encontrado que la formación especializada en los profesionales de atención desempeña una función protectora. Asimismo, un entorno que brinde apoyo, recursos y supervisión adecuada también contribuye a minimizar el riesgo (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007). En relación a la formación especializada Velasco Rodríguez, J. (2024) los profesionales que han recibido una formación especializada previa muestran un mayor ajuste psicoemocional cuando se enfrentan a relatos de eventos traumáticos. Además, esta formación especializada incrementa la autoeficacia percibida.

Además, se hace énfasis en la supervisión y el apoyo social, ya sea este informal o formal. Este apoyo resulta fundamental como estrategia de ventilación emocional, especialmente en el caso de los profesionales de atención terapéutica. Estos profesionales a menudo se encuentran imposibilitados para compartir información laboral dentro de su propio contexto social, debido a la confidencialidad inherente a su trabajo (Velasco Rodríguez, J. 2024).

Por otro lado, sentimientos de satisfacción laboral, así como mantener una distancia emocional hacia el dolor de la víctima directa se consideran factores de protección. (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004).

### *2.4 Intervención en estrés postraumático secundario*

Es fundamental, por lo tanto, tener claridad sobre los factores de riesgo y protección que nos ayuden a determinar cuál intervención es la más adecuada para una población concreta. Actualmente, los tres principales modelos de intervención que se enfocan en: educación,

grupos de apoyo y compromiso organizacional Friedman, 2002, citado en Carvajal et al., (2004).

En el área de educación, las intervenciones se centran en la detección de las fuentes y síntomas del estrés postraumático secundario. Esto permite a los profesionales hablar sobre el impacto de la sintomatología en sus vidas personales y profesionales.

La segunda dimensión del tratamiento, basada en grupos de apoyo para el afrontamiento del estrés traumático secundario, busca fomentar una comunicación abierta, positiva y permisiva enfocada en la búsqueda de soluciones. Además, se brinda apoyo emocional de forma clara y expresa. Con estas medidas de intervención, se espera que los problemas experimentados por los profesionales se conviertan en una experiencia grupal y no solo una experiencia personal. Esto permite, tanto a nivel individual como grupal, desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento.

Finalmente, el tercer modelo de intervención, el compromiso organizacional, busca resolver tanto los síntomas como las causas del estrés postraumático secundario. Con este modelo el objetivo es desarrollar estrategias que permitan a los profesionales recuperar su vida personal y profesional.

En relación a la prevención Catherall (1995) citado en Carvajal et al., (2004). Plantea tres líneas básicas de prevención que pueden ser utilizadas a nivel institucional y que pueden ser útiles para minimizar la sintomatología: (1) psicoeducación, (2) preparación y (3) planificación. Como método de prevención se ha encontrado que el 85% de los terapeutas han utilizado como método de afrontamiento, el discutir el caso con sus compañeros.

Como hemos observado, existen dificultades tanto en la realización de un diagnóstico diferencial como en las estrategias a implementar en materia de prevención. Sin embargo, es

Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática

crucial hacer un esfuerzo en la implementación de estrategias de prevención e intervención. De esto depende no solo la salud mental y la calidad de vida de los profesionales, sino también, como hemos visto, una intervención adecuada con las víctimas directas del suceso traumático.

## **OBJETIVOS**

### *3.1. Objetivo principal.*

Describir las características y metodología de las intervenciones que se han realizado en el estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria en los años de 2019-2024.

### *3.2. Objetivo secundario*

Describir la eficacia de las metodologías de intervención de estrés postraumático secundario realizadas en profesionales de atención primaria en los años de 2019-2024.

## **MÉTODO**

### *4.1. Diseño*

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo las directrices de la Declaración PRISMA (Page y McKenzie, 2021) para la publicación de revisiones sistemáticas. Se realizó una consulta en bases de datos bibliográficas especializadas: Science Direct, PubMed, Scielo y PsycINFO. La búsqueda de artículos se llevó a cabo entre el día 11 de febrero de 2024 hasta el 14 de abril de 2024. Las palabras claves y los términos Mesh utilizados para las ecuaciones de búsqueda en español fueron: estrés postraumático secundario, fatiga por compasión y cuidadores primarios y en inglés y en inglés; *Secondary traumatic stress, Intervention in PTSD, Compassion fatigue, First responders personal, vicarious trauma, treatment and therapy.*

Esta revisión sistemática fue aprobada por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación (CEII) en la Universidad Miguel Hernández con el código autorización COIR FM.MIC.ESM.RMAM.240226. (Ver anexo 1)

#### *4.2 Procedimiento de selección*

Para una obtención de estudios relevantes se utilizó en esta revisión sistemática la declaración PRISMA (Page y McKenzie, 2021), Antes de realizar la búsqueda se determinaron los siguientes criterios de elegibilidad y exclusión:

#### *4.3 Criterios de elegibilidad:*

- (1) Artículos de investigación en inglés y español que abordan la intervención del estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria.
- (2) Criterio de temporalidad: se establecen desde 2019 hasta febrero de 2024, lo que representa un intervalo de aproximadamente 5 años. El objetivo es contar con una bibliografía actualizada que refleje el contexto actual de las intervenciones,
- (3) Sujetos de estudio: deben de ser personas y
- (4) Se incluyen las siguientes bases de datos bibliográficas: Science Direct, PubMed, Scielo y PsycINFO.

#### *4.4 Criterios de exclusión:*

- (1) Artículos de revisión sistemática, metaanálisis, libros o capítulos de libros, discusiones, pautas prácticas, comunicaciones cortas y revisiones bibliográficas y
- (2) No se consideran los artículos relacionados con el COVID-19

En una segunda fase, se llevó a cabo un cribado de artículos duplicados. Posteriormente, se procedió a realizar una lectura del título y resumen de cada uno de los artículos. Este proceso de cribado se realizó teniendo como referencia los criterios de elegibilidad y exclusión

Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática

anteriormente mencionados, descartando todos aquellos que no cumplieran con estos requisitos. En una tercera fase, se procedió a realizar una lectura completa de los artículos seleccionados y finalmente se extrajo y tabuló la siguiente información de cada uno de los artículos: Título, autores, año de realización, nombre de la revista, tipo de estudio, participantes, instrumentos y resultados. En el proceso de extracción, procesamiento y eliminación de duplicados de datos se utilizó el software de Gestión Bibliográfica ZOTERO (<https://zotero.org>)

#### 4.5 Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda para la revisión sistema fue la búsqueda en las bases de datos: Science Direct, PubMed, Scielo y PsycINFO. Considerando los criterios de elegibilidad y exclusión con el fin de poderse reproducir. Como operadores operadores booleanos se utilizaron AND, OR y NOT. La búsqueda se limitó a trabajos publicados en inglés o español.

**Tabla 2.**  
Criterios específicos para la búsqueda sistemática de artículos para ScienceDirect

| <b>Refinación de búsqueda</b>      | <b>ScienceDirect</b>  |
|------------------------------------|---|
| <i>Palabras claves</i>             | Secondary traumatic stress, Intervention, Compassion fatigue y First respond personal |
| <i>Operadores booleanos</i>        | AND, OR, NOT  |
| <i>Periodo de tiempo</i>           | 2019-2024   |
| <i>Tipo de documento</i>           | Research articles   |
| <i>Idioma</i>                      | Inglés  |
| <i>Resultado de identificación</i> | 36 artículos identificados  |

**Tabla 3.**

Criterios específicos para la búsqueda sistemática de artículos para Pudmed

| <b>Refinación de</b>               | <b>Pudmed</b>  |
|------------------------------------|--|
| <i>Palabras claves</i>             | Secondary traumatic stress, Intervention, Compassion fatigue y First respond |
| <i>Operadores booleanos</i>        | AND, OR, NOT   |
| <i>Periodo de tiempo</i>           | 2019-2024  |
| <i>Tipo de documento</i>           | Review articles  |
| <i>Idioma</i>                      | Inglés   |
| <i>Resultado de identificación</i> | 12 artículos identificados   |

**Tabla 4.**

Criterios específicos para la búsqueda sistemática de artículos para Scielo

| <b>Refinación de</b>               | <b>Scielo</b>  |
|------------------------------------|--|
| <i>Palabras claves</i>             | Estrés postraumático secundario y Fatiga por compasión |
| <i>Operadores booleanos</i>        | OR   |
| <i>Periodo de tiempo</i>           | 2019-2024  |
| <i>Tipo de documento</i>           | Articles   |
| <i>Idioma</i>                      | Español e Inglés                                       |
| <i>Resultado de identificación</i> | 15 artículos identificados                             |

**Tabla 5.**

Criterios específicos para la búsqueda sistemática de artículos para Psycinfo

| <b>Refinación de</b>               | <b>Psycinfo</b>   |
|------------------------------------|---|
| <i>Palabras claves</i>             | Secondary traumatic stress, compassion fatigue or vicarious trauma, intervention, treatment y therapy |
| <i>Operadores booleanos</i>        | OR  |
| <i>Periodo de tiempo</i>           | 2019-2024   |
| <i>Tipo de documento</i>           | Publicaciones academicas  |
| <i>Idioma</i>                      | Español e Inglés  |
| <i>Resultado de identificación</i> | 14 artículos identificados  |

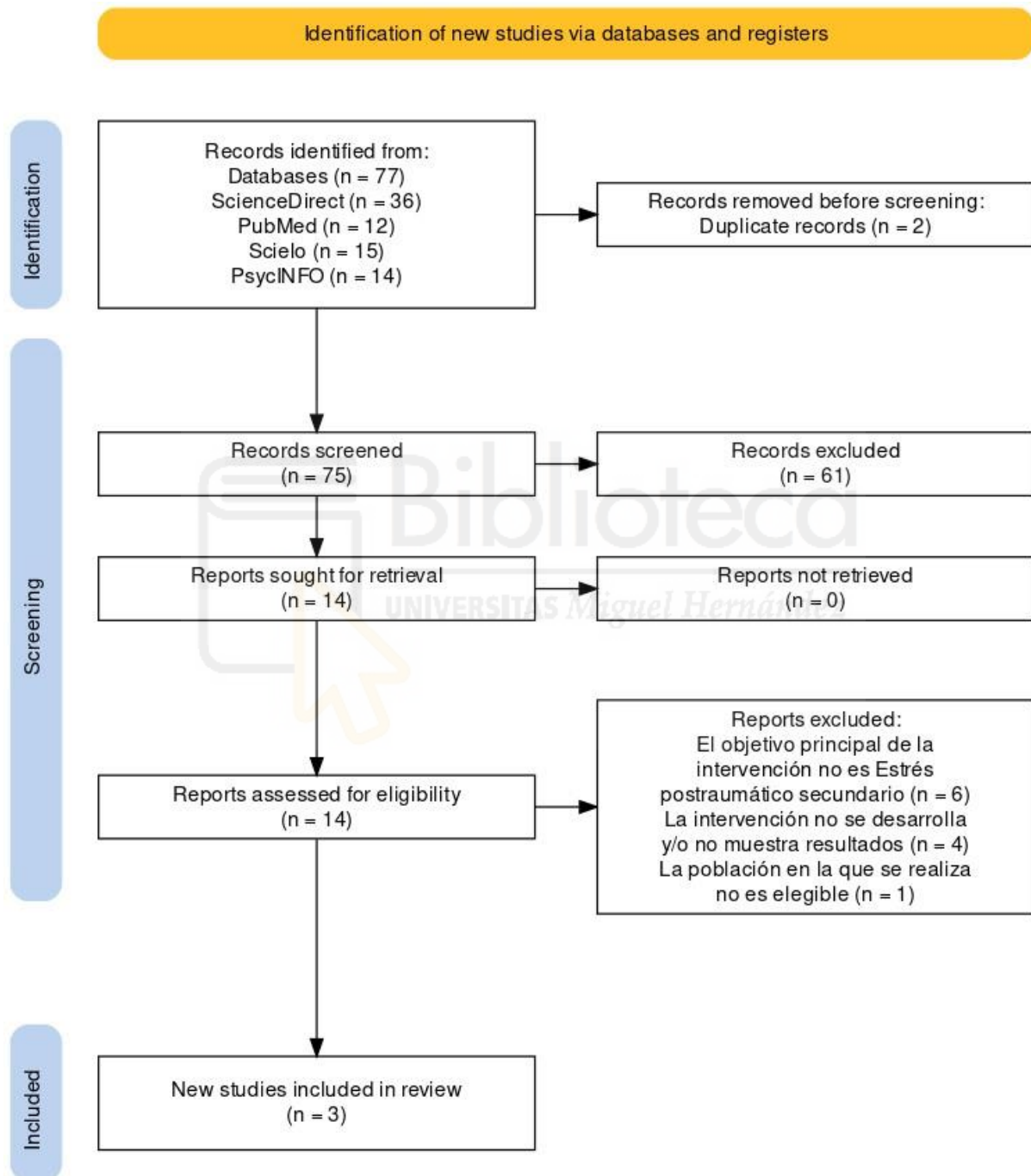
## RESULTADOS

Se realizó la búsqueda y filtrado de cuatro bases de datos (Science Direct, PubMed, Scielo y PsycINFO), se obtuvo un total de 77 referencias para la inclusión de su estudio, las cuales se registraron en el gestor bibliográfico ZOTERO, y se eliminó un artículo duplicado. Por lo tanto, se contó con una muestra de 77 artículos, de los cuales 36 (46,75 %) corresponde a Science Direct, en PubMed 12 (15.58%), en Scielo 15 (19.48%), y en PsycINFO 14 (18.18%). Se continuó con el análisis de títulos y resúmenes de los artículos y se descartó 63 artículos, es decir el 81.82%, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión y procediendo para una lectura completa del texto 14, es decir el 18.18%. Los 11 artículos que se descartaron se debió a tres razones principales (1) el objetivo de la intervención no corresponde a Estrés postraumático secundario, sino a Burnout o Fatiga laboral, o donde únicamente se asume el estrés postraumático secundario como un síntoma del Burnout, (2) La intervención no se desarrolla y/o no muestra resultados y (3) La población en la que se aplica la intervención no cumple con los criterios de elegibilidad. Sobre la base de estos criterios se eligieron tres artículos, es decir el correspondiente al 3.9% de la muestra de la base inicial. Los estudios seleccionados que se muestran en la Tabla 2.

A continuación, se presenta el proceso a partir de un diagrama de flujo utilizando el método PRISMA.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo siguiendo el método PRISMA para la selección de artículos*



**Tabla 6.**

## Resumen de vaciado de los textos incluidos en la revisión

| Titulo  | Autores  | Año  | Revista   | Tipo de estudio                           | Participantes   | Programa de Intervención   | Resultados  |
|---|--|------|---|---|---|--|---|
| The Community Resiliency Model to Promote Nurse Well-being  | Grabbe, L., Higgins, M. K., Baird, M., Craven, P. A., y San Fratello, S                                    | 2020 | Nursing outlook   | Transversal - Prueba controlada aleatoria | 196 enfermeras  | Modelo de Resiliencia Comunitaria (CRM). Donde se asiste a una clase de 3 horas sobre técnicas de conciencia sensorial para mejorar el equilibrio emocional. | Los participantes manifestaron efectos entre moderados a grandes en bienestar, resiliencia, el estrés traumático secundario y síntomas físicos. Además, Informaron haber utilizado técnicas del CRM para la auto estabilización durante eventos laborales estresantes.  |
| Reducing Secondary Traumatic Stress and Fueling Knowledge of Child Maltreatment Among Health Care Providers | Cain, C. M., y Gautreaux, K  | 2022 | Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses | Transversal                               | 164 profesionales de la salud que trabajan con niñez víctima de maltrato infantil | Intervención educativa que aborda: conocimiento y el reconocimiento del maltrato infantil y estrategias de autocuidado                                       | Los resultados muestran que disminuyó significativamente en el estrés traumático secundario antes -evento (Mdn = 20.0) a post-evento (Mdn = 17.5), $z = -2.11$ , $p = .035$ .   |
| A Secondary Traumatic Stress Reduction Program in Emergency Room Nurses                                     | Robinson, L. K., Sterling, L., Jackson, J., Gentry, E., Araujo, F., LaFond, C., Jacobson, K. C., y Lee, R. | 2022 | SAGE open nursing   | Transversal                               | 9 enfermeras de urgencias prueba piloto   | Programa de Recuperación Acelerada, se realizaron 5 sesiones   | Las comparaciones por pares revelaron que los efectos del programa se produjeron tempranamente y mostro beneficios crecientes en cada sesión. Además, se encontró una tendencia de efectos continuos en la escala de estrés postraumático secundario en un seguimiento de cuatro meses ( $t_{23} = 1,95$ , $p = 0,064$ ). |

1. *Título:* The Community Resiliency Model to Promote Nurse Well-being

*Base de datos:* Pudmed

*Autores:* Grabbe, L., Higgins, M. K., Baird, M., Craven, P. A., y San Fratello, S

*Objetivo:* Probar el grado de efectividad de una capacitación de 3 horas del Community Resiliency Model (CRM)

*Acceso:* 10.1016/j.outlook.2019.11.002

*Descripción del programa de intervención:* para la investigación se realizó una prueba controlada aleatoria con una muestra de 196 enfermeras, las cuales fueron asignadas al azar al grupo de control de intervención o educación nutricional. El programa utilizado para para la intervención es Community Resiliency Model (CRM). Este modelo es una intervención de autocuidado de bienestar mental preventiva y sensible al trauma. El concepto básico de este modelo es la resiliencia y aplica el concepto de “Zona de resiliencia” el cual hace referencia al ancho de banda para la tolerancia al estrés. Este modelo de intervención tiene fundamentalmente dos objetivos (1) ampliar la zona de resiliencia con el tiempo y (2) hacer uso de habilidades para regresar a la zona de resiliencia, cuando el individuo está expuesto a una estímulo que considera una amenaza o una emoción fuerte generado de estrés. El modelo por lo tanto busca también dotar de estas habilidades de autorregulación se dividen en: herramientas biológicas: conciencia somática de las sensaciones interoceptivas, es decir dentro del cuerpos y herramientas exteroceptivas a través de los cinco sentidos.

*Resultados:* Los participantes manifestaron efectos entre moderados a grandes en bienestar, resiliencia, el estrés traumático secundario y síntomas físicos. Además, Informaron haber utilizado herramientas adquiridas del CRM para la autorregulación durante eventos laborales que consideran estresantes.

2. *Título:* Reducing Secondary Traumatic Stress and Fueling Knowledge of Child Maltreatment Among Health Care Providers

*Base de datos:* Pudmed

*Autores:* Cain, C. M., y Gautreaux, K

*Objetivo:* Evaluar una intervención para mejorar el conocimiento, el reconocimiento y la denuncia de maltrato infantil por parte de los proveedores de atención médica y promover la resiliencia de los proveedores mientras atienden a las víctimas de maltrato infantil.

*Acceso:* <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000630>

*Descripción del programa de intervención:* Estudio transversal realizado con 164 profesionales de atención médica, donde el 69.5% eran enfermeras. El modelo de intervención utilizado consiste en una intervención educativa que busca brindar herramientas de conocimiento, el reconocimiento y las estrategias de autocuidado del personal de atención médica. Para la realización como instrumento diagnóstico “Calidad de vida Profesional para medir la satisfacción por compasión, el agotamiento y el estrés traumático secundario” el cual se aplicó al iniciar la intervención y seis meses después de la intervención.

*Resultados:* Del total de 164 profesionales de atención médica hubo una tasa de respuesta de 51.2% para el cuestionario que se aplicó seis meses después del proceso de intervención. En estos resultados se encontró que el conocimiento de los profesionales sobre el reconocimiento y la notificación del maltrato infantil mejoró significativamente en relación a los datos observados previos al evento de intervención, siendo estos (Mdn = 24,0) y posteriores al evento de intervención (Mdn = 27,0),  $z = -6,4$ ,  $p < 0,001$ . Por otro lado, se encontró evidencia significativa de una disminución del estrés traumático secundario. Por lo que se consideró en relación al estrés postraumático secundario que la intervención realizando actividades educativas pueden mejorar significativamente el estrés postraumático en profesionales que trabajan con actividades relacionadas al maltrato infantil.

3. *Título:* A Secondary Traumatic Stress Reduction Program in Emergency Room  
Nurses Maltreatment Among Health Care Providers

*Base de datos:* Pudmed

*Autores:* Robinson, L. K., Sterling, L., Jackson, J., Gentry, E., Araujo, F., LaFond, C.,  
Jacobson, K. C., y Lee, R.

*Objetivo:* Informar sobre el desarrollo y la implementación del Accelerated Recovery para la  
reducción del estrés traumático secundario.

*Acceso:* <https://doi.org/10.1177/23779608221094530>

*Descripción del programa de intervención:* Prueba piloto, realizado con nueve enfermeras de  
urgencias, utilizando como base el Accelerated Recovery Program, en español Programa de  
Recuperación Acelerada, el programa consiste en la realización de una intervención de cinco  
semanas. La intervención consistió en cuatro sesiones a intervalos de una semana, y una quinta  
sesión se llevó a cabo tres semanas después, con una duración de entre 120 a 150 minutos. Las  
sesiones fueron dirigidas por un psiquiatra y un residente de psiquiatría. El contenido de las  
sesiones fue el siguientes: (1) Introducción y Evaluación, (2) Cronología personal y  
profesional, (3) Reencuadre y reprocesamiento parte 1, (4) Reencuadre y reprocesamiento parte  
2 y (5) Autosupervisión, cierre y cuidados posteriores.

*Resultados:* Las comparaciones por pares revelaron que los efectos del programa se produjeron  
tempranamente y mostro beneficios crecientes en cada sesión. Además, se encontró una  
tendencia de efectos continuos en la escala de estrés postraumático secundario en un  
seguimiento de cuatro meses ( $t_{23} = 1,95$ ,  $p = 0,064$ ).

### *Grado de calidad*

En relación al grado de calidad de los artículos seleccionados, se realizó un análisis a través de los criterios establecidos en el apartado Study Quality Assessment Tools propuestos por The National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>). (véase **Anexo 2**). La escala de calificación de calidad se clasifican de la siguiente manera: Buena, Aceptable o Pobre, donde:

- *Buena (Good)*: implica que el artículo ha implementado prácticas rigurosas en el diseño, la ejecución y en el análisis de los datos. Tiene una menor probabilidad de riesgo de sesgo.
- *Aceptable (Fair)*: Tiene limitaciones metodológicas en el diseño, la ejecución y en el análisis de los datos, es decir, es susceptible a sesgos.
- *Pobre (Poor)*: El artículo tiene problemas significativos a nivel metodológico, tanto en el diseño, la ejecución y en el análisis de datos, es decir, tiene un riesgo significativo de sesgo.

A continuación, se muestran los resultados del grado de calidad de los artículos incluidos en la revisión sistemática.

**Tabla 6.**

Nivel de calidad de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

| <b>Autor y fecha de publicación</b> | <b>Grado de Calidad</b> |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Grabbe et al., 2020                 | Buena                   |
| Cain, C. M., y Gautreaux, K., 2022  | Regular                 |
| Grabbe et al., 2020                 | Regular                 |

## DISCUSIÓN

Durante el proceso de análisis de artículos, se identificó inicialmente una dificultad a nivel conceptual. Como se mencionó en la introducción, existe una discrepancia en la conceptualización, ya que algunos estudios evalúan e implementan intervenciones desde unas perspectivas que no necesariamente coinciden con los síntomas del estrés traumático secundario (ETS). Algunos ejemplos de estos casos son artículos como la utilización de la resiliencia en la intervención del estrés ocupacional (Doyle et al., 2021), la intervención basada en mindfulness para el estrés laboral (Márquez et al., 2021), la intervención en la fatiga por compasión (Coster et al., 2020) y la intervención en casos de Burnout (Rosenberg et al., 2020), que si bien, abordan síntomas similares al ETS, no se centran directamente en la sintomatología específicos del ETS.

La realización de un correcto diagnóstico diferencial del ETS, representa una de las primeras dificultades al diseñar un plan de intervención. Al desconocer la sintomatología específica del ETS, la eficacia de las intervenciones podría verse comprometida, y se estarían obviando los principios éticos. Autores como Munroe, (1995) citado en Solís Ruíz y Silva Castillo (2022) afirman que contar con planes de prevención e intervención basados en evidencia científica, es un deber ético, y que además esto podría ser útil para advertir y preparar a los futuros profesionales en el área, a considerar el riesgo ocupacional al que podrían estar expuestos.

Las intervenciones incluidas en esta revisión sistemática son estudios transversales y, aunque han mostrado resultados positivos, también existen otros autores, como Rose et al. (2002), citados por Prieto-Callejero, B., et al. (2020), que encontraron en estudios longitudinales que las intervenciones de una sola sesión no mostraban eficacia en la reducción

de los síntomas y que, incluso, podrían tener un efecto perjudicial y que además, los resultados pueden variar dependiendo de si la intervención es individual o en grupo.

Autores como Roberts, N. P., et al. (2009), citados en Prieto-Callejero, B., et al. (2020), encontraron que las sesiones de intervenciones grupales, tales como el debriefing dirigido a enfermeras y médicos, pueden no ser eficaces para todos los individuos. Por ejemplo, en entrevistas realizadas a enfermeras después de las sesiones de debriefing grupales, algunas consideraban que esta intervención había sido un espacio seguro y confidencial donde podían expresar sus sentimientos. Sin embargo, otro grupo de enfermeras consideraba que las sesiones grupales eran incómodas, experimentaron sentimientos de vulnerabilidad y no les resultaba útil hablar sobre los eventos traumáticos.

En este sentido la Guía de Práctica Clínica del Departamento de Defensa elaborada por Nash, W. P., y Watson, P. J. (2012), desaconseja el debriefing psicológico debido a cinco principales razones (1) asume que todos los individuos tienen necesidades similares o idénticas, (2) no incluye un componente de evaluación, (3) el debriefing psicológico asume que una sola sesión es suficiente, no brinda un seguimiento obligatorio, (4) no incluye mecanismos para evaluar las necesidades de ayuda individual, y (5) estudios de la eficacia del debriefing psicológico, han fracasado en encontrar pruebas de que previene a largo plazo los resultados negativos.

Como podemos observar, los resultados obtenidos son inconclusos y muestran una ambivalencia en relación a los períodos de intervención. Sin embargo, todos coinciden en la importancia de generar estrategias que no solo se enfoquen en la intervención, sino también en la prevención, para garantizar la salud mental de los profesionales en el área y asegurar el correcto ejercicio de la profesión.

Sería, por lo tanto, importante tener en cuenta múltiples factores para la creación de un programa de intervención. Este debería considerar no solo los resultados obtenidos a corto plazo, sino también aquellos a largo plazo. Además, es importante tener en consideración la metodología y las bases teóricas utilizadas, así, por ejemplo, tener en cuenta aspectos como factores de riesgo y de protección asociados, el contexto, la profesión a la que está dirigida, la población con la que trabaja, un correcto diagnóstico e incluso aspectos individuales, etc. Todo esto con el objetivo de realizar una intervención basada en evidencia científica, pues como se ha mencionado anteriormente todos estos factores influyen en la eficacia de los resultados.

### *Limitaciones*

A pesar de que existen intervenciones sobre el estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria, su validación científica, tanto a corto como a largo plazo, es limitada. Es importante tener en cuenta que realizar intervenciones longitudinales en esta área puede representar dificultades a nivel metodológico, pues la rotación de empleo es un factor a considerar. Por lo tanto, la tasa de deserción podría ser una posible limitante para este tipo de investigación.

Otro punto a tener en cuenta es la importancia de las intervenciones basadas en evidencia científica, sin embargo en las bases teóricas encontradas en la realización de esta revisión sistemática se encontraron resultados ambiguos, por ejemplo, algunos estudios han demostrado que los psicólogos que trabajan con niñez en situación de vulnerabilidad, víctimas de maltrato y abuso sexual infantil, muestran mayores niveles de estrés postraumático secundario y una mayor prevalencia sintomatológica, en comparación con aquellos profesionales de la psicología que ejercen en otras áreas. Sin embargo, otros estudios muestran resultados similares para ambos grupos de profesionales. (Guerra, C., y Pereda, N. 2015).

## CONCLUSIONES

En esta revisión sistemática se llegó a cinco conclusiones. En primer lugar, existe una carencia en la realización de un correcto diagnóstico diferencial, lo que imposibilita el tratamiento adecuado.

En segundo lugar, a nivel conceptual, no existe un consenso claro sobre la problemática. Como se mencionó inicialmente, con frecuencia es tratada desde diferentes perspectivas, tales como fatiga por compasión, trauma vicario, desgaste por empatía, traumatización vicaria o burnout. Desde mi percepción, esto ha imposibilitado tener claridad tanto en la sintomatología como en los factores que lo producen, lo que, por ende, interfiere en la manera en que se abordan las intervenciones. Al no contar con un marco teórico claro, no es posible desarrollar intervenciones efectivas.

Como tercera conclusión, considero que es necesario contar con intervenciones en casos de estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria, en función del contexto y de las características personales del profesional. Por lo tanto, una intervención que muestre resultados positivos en un grupo determinado no necesariamente mostrará los mismos resultados con otro grupo con características y un contexto diferente.

Por otro lado, se debe tener en cuenta la importancia de los planes de prevención para profesionales que actualmente ejercen y de la concienciación sobre el riesgo laboral que implican estas profesiones. Finalmente, considero que aún existe poca apertura o conocimiento que permita a los profesionales hablar abiertamente sobre la posible sintomatología que están experimentando, lo que puede resultar en años de convivencia con la sintomatología sin recibir algún tipo de tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.
- Arimon-Pagès, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernández-Ortega, P., y Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicenter study. *European Journal of Oncology Nursing*, 43, 101666.
- Benito-Gutiérrez, E., Hernández-Sánchez, J., Cándido-Crespo, F. J., Prieto-Gómez, M. B., & Barquero-Cabrero, A. (2019). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en médicos y enfermeros de urgencias y emergencias. *Ocronos: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 31(6), 394-399.
- Cáceres Rivera, D. I., Torres, C. C., & López Romero, L. A. (2021). Fatiga por compasión y factores relacionados en enfermeras de cuidados intensivos: un estudio multicéntrico. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 30(2), 142-150. Epub 13 de septiembre de 2021. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S302011602021000200142&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S302011602021000200142&lng=es&tlng=es).
- Cain, C. M., y Gautreaux, K. (2022). Reducing Secondary Traumatic Stress and Fueling Knowledge of Child Maltreatment Among Health Care Providers. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 29(1), 41-46. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000630>.
- Carvajal, R., Moreno Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., Losada Novoa, M. M., Rodríguez Carvajal, R., & Garrosa Hernández, E. (2004). *El estrés traumático secundario: Evaluación, prevención e intervención*. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago, Chile.

- Corporation for Digital Scholarship. (2023). Zotero (Versión 6.0) [Software de gestión de referencias]. <https://www.zotero.org/>
- Coster, S., Gould, R. L., Coulson, M. y Norman, I. J. (2020). An online mindfulness intervention to enhance compassion in nursing practice: A feasibility and acceptability study with nursing students. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2, 100004. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100004>.
- Doyle, J. N., Campbell, M. A., & Gryshchuk, L. (2021). Estrés e ira ocupacional: efectos mediadores de la resiliencia en los socorristas. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36, 463–472. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11896-021-09429-y>
- Dornelles, T. M., Macedo, A. B. T., y Souza, S. B. C. (2020). Calidad de vida profesional y coping en un hospital de referencia para víctimas de violencia sexual. *Texto & Contexto Enfermagem*, doi: 29, e20190153.
- Figuroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144(6), 643-655.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Fuentes Martínez, E. (2019). Desgaste por empatía: Riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés postraumático. *Entretextos*, 11(32), 1-10.
- Flores, R., Souza, L., Oviedo, Á., y Bonilla, J. (2016). Estrés Traumático Secundario (ETS) en Periodistas Mexicanos y Defensores de Derechos Humanos. *Summa Psicológica UST*, I(13), 101-111.
- Grabbe, L., Higgins, M. K., Baird, M., Craven, P. A., & San Fratello, S. (2020). The Community Resiliency Model® to promote nurse well-being. *Nursing outlook*, 68(3), 324–336. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.11.002>.

- Guerra, C., y Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45(2), 177-188.
- Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., y McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: un paquete R y una aplicación Shiny para producir diagramas de flujo compatibles con PRISMA 2020, con interactividad para una transparencia digital optimizada y Open Síntesis Campbell Systematic Reviews, 18, e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- Jenkins S, Baird S. *Journal of traumatic stress* (2002) 15(5) 423-432.
- Lorenzo Ruiz, A., & Guerrero Ángeles, E. A. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265. Recuperado de <https://repsasppr.net/index.php/reps/article/view/363>
- Márquez, M. A., Galiana, L., Oliver, A., y Sansó, N. (2021). The impact of a mindfulness-based intervention on the quality of life of Spanish national police officers. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1491–1501
- McDonald MA, Meckes SJ, Lancaster CL. Compassion for Oneself and Others Protects the Mental Health of First Responders. *Mindfulness* (N Y). 2021;12(3):659-671. doi: 10.1007/s12671-020-01527-y. Epub 2020 Nov 13. PMID: 33204359; PMCID: PMC7662019.
- Mónica Blanco-Daza, María de la Vieja-Soriano, Susana Macip-Belmonte, María del Carmen Tercero-Cano, Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19, *Enfermería Clínica*, Volume 32, Issue 2, 2022, Pages 92-102, ISSN 1130-8621, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.015>.

Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática

Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Garrosa, E., y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, XII(2), 215-231.

Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Garrosa, E., y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario. El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.

Morrison, J. (2015). *DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico (1a.ed.)*. México D. F.: Manual Moderno.

Nash, W. P., y Watson, P. J. (2012). Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *Journal of rehabilitation research and development*, 49(5), 637–648.  
<https://doi.org/10.1682/jrrd.2011.10.0194>.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) (10ª ed., versión 2019)*. OMS.  
Recuperado de <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffman, T. C., Mulrow, C. D., ... McGuinness, L. A. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 79-799.

Pintado, Sheila. (2018). Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión. *Terapia psicológica*, 36(2), 71-80.

Prieto-Callejero, Blanca, Gómez-Salgado, Juan, Alvarado-Gómez, Francisco, Dias, Adriano, García-Iglesias, Juan Jesús, & Ruiz-Frutos, Carlos. (2020). Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(1), 52-67.

- Renkiewicz, G. K., & Hubble, M. W. (2022). Secondary Traumatic Stress in Emergency Services Systems Project: Quantifying the Effect of Personal Trauma Profiles on Lifetime Prevalence of Suicidality in Emergency Medical Services Personnel. *Air medical journal*, 41(5), 463–472. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2022.04.002>
- Robinson, L. K., Sterling, L., Jackson, J., Gentry, E., Araujo, F., LaFond, C., Jacobson, K. C., & Lee, R. (2022). A Secondary Traumatic Stress Reduction Program in Emergency Room Nurses. *SAGE open nursing*, 8, 23779608221094530. <https://doi.org/10.1177/23779608221094530>
- Roig-Grau, Isabel, Fornés-Ollé, Berta, Rodríguez-Roig, Ramon, Delgado- Juncadella, Anna, González-Valero, Joan Anton, y Rodríguez-Martín, Irene. (2022). Burnout en profesionales de atención primaria en la Cataluña Central. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 25(2), 86-100. Epub 15 de julio de 2022.
- Rosenberg, A. R., Barton, K., Junkins, C., Scott, S., Bradford, M. C., Steineck, A., Lau, N., Comiskey, L., & Yi-Frazier, J. P. (2020). Creating a Resilient Research Program- Lessons Learned From a Palliative Care Research Laboratory. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 857–865. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.033>
- Ruiz, Lorenzo, A., & Guerrero Angeles, E. A. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265.
- Serrano-Juárez, Carlos Alberto, Vargas Cabriada, Dalia Sofía, de León Miranda, Miguel Ángel, & García-Reyes, Diana Lorena. (2021). Prevalencia de síntomas de trastorno por estrés post-traumático en población adulta a dos y diez meses del inicio de la

cuarentena por COVID-19. *Escritos de Psicología*, 14(2), 63-72. Epub 23 de mayo de 2022. <https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12923>

Solís Ruíz, M. G., & Silva Castillo, L. H. (2022). Estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en una muestra de psicólogos clínicos de Guadalajara. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 11(24), 69-105.

Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). *Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life*. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 12(3), 259-280. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/15325020701238093>

Violim Fabri, N., Trevisan Martins, J., Quina Galdino, M. J., Perfeito Ribeiro, R., Oliveira Moreira, A. A., & Lourenço Fernandez Haddad, M. do C. (2021). Satisfacción, fatiga por compasión y factores asociados en las enfermeras de la atención primaria. *Enfermería Global*, 20(64), 291-323. Epub 25 de octubre de 2021. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.457511>

Velasco Rodríguez, J. (2024). *Efectos de la exposición al sufrimiento humano sobre los profesionales del ámbito de la atención psicológica* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba. Recuperado de <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/26453>.

Wang, J., Okoli, C. T. C., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 102, 103472. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103472>

## ANEXOS

### Anexo 1.



#### INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 29/02/2024

|   |   |
|---|---|
| Nombre del tutor/a                        | Esther Sitges Maciá   |
| Nombre del alumno/a                       | Roxana Marité Avalos Martínez   |
| Tipo de actividad                         | Sin implicaciones ético-legales   |
| Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster) | Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática. |
| Evaluación de riesgos laborales           | No solicitado/No procede  |
| Evaluación ética humanos                  | No solicitado/No procede  |
| Código provisional                        | 240226014457  |
| Código de autorización COIR               | TFM.MIC.ESM.RMAM.240226   |
| Caducidad                                 | 2 años  |

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática.** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos  
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable  
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

## Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática



### Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>





**Título de la actividad:**

Intervención en situaciones de Estrés postraumático secundario en profesionales de atención primaria. Una revisión sistemática.

**Nombre:** Roxana Marité Avalos Martínez

---

El **Índice de Responsabilidad en Investigación Universitaria (IRIU)** puntúa los aspectos recogidos en el [Código de Buenas Prácticas Científicas \(CBPC\)](#) sobre investigación e innovación responsable, concretamente: el compromiso público y participación ciudadana, el acceso abierto, la igualdad de género, la ética e integridad, la educación científica y la gobernanza. La consideración de perspectivas más inclusivas, sostenibles y participativas, como las que se sugieren a continuación, le permitirán mejorar su IRIU en futuros proyectos.

Le indicamos a continuación los enlaces donde encontrará la información de los ítems contenidos en la pregunta **D.1 Integridad y buen gobierno** del cuestionario IRIU. Conocer todos estos ítems le permitirán mejorar su puntuación IRIU en actividades futuras:

1. He leído el Código de Buenas Prácticas Científicas y tengo en cuenta sus indicaciones en mi actividad investigadora: [CBPC](#)
2. Conozco cómo debe ser la relación entre supervisor/a y estudiante en formación en investigación y actúo en consecuencia: [CBPC](#)
3. He valorado los riesgos potenciales de mi investigación para la organización, la investigación y/o la seguridad y salud de las personas, animales y medio ambiente y seguiré las normas y procedimientos definidos para minimizar dichos riesgos: [CBPC](#) y [Web de Prevención de Riesgos Laborales](#)
4. Conozco la importancia de la buena gestión de los datos de investigación y las implicaciones legales del uso de datos personales y actúo con respeto a las consideraciones sobre seguridad, ética y legalidad: [CBCP](#) y [Web OIR](#)



5. Conozco el Plan de Medidas Antifraude de la UMH y actúo conforme a su Código de Conducta: [Web Antifraude UMH](#)
6. Conozco cómo identificar, declarar y actuar en caso de tener conflicto de intereses: [CBPC](#) y [Web Antifraude UMH](#)
7. Conozco cómo gestionar los derechos de la propiedad industrial e intelectual, así como de autoría científica y actúo en consecuencia: [CBPC](#)
8. Tengo en cuenta los requerimientos normativos y éticos para investigar con personas y/o animales y gestionar adecuadamente los riesgos: [Web OIR](#)
9. En mi investigación tengo en cuenta el concepto de Investigación e Innovación Responsable: [CBPC](#)
10. Rechazo cualquier conducta indeseable en investigación y sé cómo denunciar y proceder en caso de detectarla: [CBPC](#)

En la evaluación de la investigación e innovación responsable la sostenibilidad ambiental cada día es más importante, como ya observamos en el programa Horizonte Europa, donde nos piden actividades de evaluación y seguimiento específicas (principio DNHS). En ocasiones nuestra actividad mejora, aunque sea de manera indirecta, el desarrollo ambiental sostenible. Si así es, y lo hemos indicado en el formulario, veremos reflejado el ODS correspondiente al final del presente informe.

La D.7 Educación científica es un área de acción clave cuyo objetivo es que el conocimiento científico se extienda, cree nuevas vocaciones científicas y todo ello redunde en una mejora en la sociedad.

El desarrollo de las capacidades y el desarrollo de formas innovadoras de conectar la ciencia con la sociedad debe ser una prioridad. Esto ayudará a hacer que la ciencia sea más atractiva para los jóvenes, aumentar el apetito de la sociedad por la innovación y abrir más actividades de investigación e innovación. Promover la educación científica formal e informal, de manera que llegue al mayor número de personas, forma parte de una conducta científicamente responsable.

Uno de los valores fundamentales de la UMH es la responsabilidad social, y la sostenibilidad económica, ambiental y social. Este valor está directamente relacionado con los **D.8 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de Naciones Unidas. Además, los

Anexo 2.

Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies

| Criteria   | Other<br>Yes No (CD, NR,<br>NA)* |
|--|----------------------------------|
| 1. Was the research question or objective in this paper clearly stated?  |                                  |
| 2. Was the study population clearly specified and defined?   |                                  |
| 3. Was the participation rate of eligible persons at least 50%?  |                                  |
| 4. Were all the subjects selected or recruited from the same or similar populations (including the same time period)? Were inclusion and exclusion criteria for being in the study prespecified and applied uniformly to all participants? |                                  |
| 5. Was a sample size justification, power description, or variance and effect estimates provided?  |                                  |
| 6. For the analyses in this paper, were the exposure(s) of interest measured prior to the outcome(s) being measured?   |                                  |
| 7. Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?  |                                  |
| 8. For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome (e.g., categories of exposure, or exposure measured as continuous variable)?                           |                                  |
| 9. Were the exposure measures (independent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?  |                                  |
| 10. Was the exposure(s) assessed more than once over time?   |                                  |
| 11. Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?  |                                  |
| 12. Were the outcome assessors blinded to the exposure status of participants?   |                                  |
| 13. Was loss to follow-up after baseline 20% or less?  |                                  |
| 14. Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure(s) and outcome(s)?  |                                  |

Quality Rating (Good, Fair, or Poor)

Rater #1 initials:

Rater #2 initials:

Additional Comments (If POOR, please state why):

\*CD, cannot determine; NA, not applicable; NR, not reported

**Guidance for Assessing the Quality of Observational Cohort and Cross-Sectional Studies**

The guidance document below is organized by question number from the tool for quality assessment of observational cohort and cross-sectional studies.

**Question 1. Research question**

Did the authors describe their goal in conducting this research? Is it easy to understand what they were looking to find? This issue is important for any scientific paper of any type. Higher quality scientific research explicitly defines a research question.

**Questions 2 and 3. Study population**

Did the authors describe the group of people from which the study participants were selected or recruited, using demographics, location, and time period? If you were to conduct this study again, would you know who to recruit, from where, and from what time period? Is the cohort population free of the outcomes of interest at the time they were recruited?

An example would be men over 40 years old with type 2 diabetes who began seeking medical care at Phoenix Good Samaritan Hospital between January 1, 1990 and December 31, 1994. In this example, the population is clearly