



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

**EFFECTOS PSICOEMOCIONALES DE LA EXPOSICIÓN
PROFESIONAL AL SUFRIMIENTO HUMANO: REVISIÓN
SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS**

JUDITH VELASCO RODRÍGUEZ

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria (MUPGS)
Universidad de Córdoba**

RESUMEN

Numerosas investigaciones han explorado los efectos de la exposición indirecta al trauma y al sufrimiento en profesionales del ámbito sanitario. Sin embargo, resulta llamativa la escasez de estudios centrados específicamente en la figura del psicólogo. La concurrencia de factores de riesgo ocupacionales y personales, junto con barreras como los estereotipos y expectativas sobre los psicólogos, constituyen un caldo de cultivo para el desarrollo de problemas psicoemocionales que pueden dar lugar, en último término, a mala praxis profesional que repercute negativamente en la salud mental de los usuarios. Así, aunque hay muchas investigaciones realizadas en este ámbito, son muy pocas las que están centradas en psicólogos, por lo que nos planteamos explorar esta cuestión a través de una revisión sistemática y metaanálisis. Se incluyeron en la revisión 51 estudios que incluían medidas de los tres constructos asociados al coste del cuidado: fatiga por compasión, estrés traumático secundario y traumatización vicaria. Los resultados mostraron que, si bien de modo general se observa un nivel de afectación baja, en torno al 20% de los profesionales que dispensan atención psicológica en contextos de alto sufrimiento presentan síntomas compatibles con un diagnóstico de TEPT, un riesgo moderado de fatiga por compasión, y trauma vicario en rangos subclínicos. La heterogeneidad de los estudios no permite establecer conclusiones sólidas, aunque parece que existen factores de riesgo personales, organizacionales y laborales que pueden incrementar la vulnerabilidad para desarrollar estas condiciones y su severidad, si bien la satisfacción que genera dispensar atención psicológica parece ser un potente factor de protección.

Palabras clave: trauma secundario, trauma vicario, fatiga por compasión, coste del cuidado.

ABSTRACT

Several studies have explored the effects of indirect exposure to trauma and suffering in healthcare professionals. However, there is a lack of evidence concerning this impact among psychologists. The confluence of occupational and personal hazards, along with barriers such as stereotypes and expectations that hinder help-seeking behaviours, make up a breeding ground for the development of psycho-emotional issues that may entail harmful practices towards clients. Although these conditions have been thoroughly studied in different settings and occupations, serious doubts have been casted upon their validity due to recurrent methodological and conceptual issues. Thus, owing to these concerns, and due to the amount of studies conducted in this context, but the paucity of research focused on the figure of the psychologist, this work aims to explore this matter through a systematic review and a meta-analysis. Fifty-one papers including quantitative measures of the three constructs of the literature regarding the cost of caring (compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatisation) were analysed. Results showed a mild level of impairment among the samples, a moderate risk for compassion fatigue, and subclinical range for vicarious trauma. However, around 20% of professionals providing psychological support present symptoms compatible with a PTSD diagnosis, and around 5% disruptions in their cognitive schemas regarding personal safety. The heterogeneity of the studies did not allow solid conclusions to be drawn, although it seems that there are certain risk factors (personal and occupational) that may increase the vulnerability for developing these conditions and worsening their severity. Still and all, the satisfaction these professionals experience resulting from their jobs is highlighted in all the studies as a protective of the deleterious impact of exposure to human suffering.

Keywords: secondary trauma, vicarious trauma, compassion fatigue, cost of caring.

“Lo que escuchas es tan horrible a veces, que es imposible que no te afecte. No es que quiera que no me afecte, de hecho, me alegra que me siga afectando”
(Michalchuk & Martin, 2019, p. 148)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Aproximación teórica al estudio del trauma	2
Conceptualización de los Constructos	5
Traumatización Vicaria	5
Trauma secundario	7
Fatiga por Compasión.....	8
El impacto del cuidado en los profesionales de la Psicología	9
Objetivos	12
MÉTODO	13
Búsqueda y selección de los estudios	13
Selección de los estudios elegibles	14
Proceso de extracción de datos	16
Tamaños del efecto	18
RESULTADOS	19
Características de los estudios	19
Revisión sistemática	20
Trauma Secundario (TS)	20
Fatiga por Compasión.....	26
Traumatización vicaria	31
Metaanálisis	35
DISCUSIÓN	37
Propuesta de un modelo alternativo. Integración de resultados y marco PAS	40
Limitaciones del trabajo	43
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45

INTRODUCCIÓN

La labor terapéutica puede ser muy gratificante para los profesionales, con beneficios como un mayor nivel de satisfacción personal (Linley & Joseph, 2007), crecimiento profesional (Măirean, 2016; Rhee et al., 2013) y la sensación de tener un impacto positivo en el mundo (Stamm, 2002). Sin embargo, dispensar atención psicológica puede tener un alto coste psicoemocional, físico y relacional, especialmente en aquellos contextos en los que trabaja con elevado nivel de sufrimiento y trauma (p. ej. violencia sexual, cuidados paliativos, tortura). Aunque el malestar puede manifestarse de distinto modo, se han observado tres efectos que aparecen frecuentemente en estos profesionales: la traumatización vicaria, la fatiga por compasión, y el estrés traumático secundario. Si bien es cierto que la investigación empírica en este ámbito es relativamente reciente, se trata de una realidad ampliamente documentada en la literatura sobre el cuidado, aunque con otras denominaciones (e.g. contagio emocional, superviviente secundario, estrés traumatoide). De hecho, ya en los años 70, se encuentran alusiones sobre los efectos que tenía para los profesionales exponerse al sufrimiento de los demás. Por ejemplo, Haley (1974) describe los sentimientos abrumadores que experimentaban los terapeutas que trataban a veteranos de Vietnam:

La psicoterapia con estos hombres no es útil hasta que el terapeuta sea percibido como alguien capaz de escuchar realidades aterradoras y que puede tolerar, tanto los sentimientos naturales de repulsión, como la tendencia -igual de natural- a juzgar (...). Nunca es fácil para un terapeuta escuchar los dolorosos detalles de la realidad de la batalla. (Haley, 1974, p. 121)

Aunque inicialmente se consideraba que estas respuestas emocionales del terapeuta se producían como resultado de un proceso de contratransferencia o identificación proyectiva (Van Minnen & Keijsers, 2000), en la actualidad se conciben como una respuesta normal e inevitable de trabajar con personas que sufren intensamente (Wilson & Lindy, 1994). En otras palabras, el trauma vicario, secundario y la fatiga por compasión se consideran estresores laborales fundamentados en la estrecha relación empática que se establece entre el usuario y el terapeuta. Su origen, características y mecanismos etiológicos presentan similitudes, llegando incluso a presentar cierto nivel de solapamiento que ha llevado a que, con frecuencia, se utilicen de manera indistinta (Newell et al., 2015). A

continuación, se expone una breve conceptualización del trauma y sus principales modelos teóricos con el objeto de facilitar la comprensión posterior de las condiciones o constructos de interés.

Aproximación teórica al estudio del trauma

Aunque resulta evidente que la exposición a eventos traumáticos genera un impacto psicológico y emocional en el individuo, no fue hasta el siglo XX cuando comenzó a atraer la atención de la investigación empírica. Previo a la inclusión del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en el DSM-III (American Psychiatric Association [APA], 1980), se asumía que la expresión psicoemocional del trauma era una *respuesta anormal* que tenía origen en experiencias desadaptativas o en trastornos previos del individuo, de manera que el evento traumático era un mero disparador de una sintomatología “dormida” que iba a aparecer de todas formas. El modo en que se respondía al trauma era, por tanto, considerado responsabilidad de la persona, que era cuestionada y señalada. De modo general, se asumía que los efectos psicológicos del trauma eran temporales y que sanaban solos sin producir mayores consecuencias. Tanto es así, que quienes no se recuperaban o cuya sintomatología era extremadamente grave, eran acusadas de estar simulando para obtener algún beneficio (e.g. eludir el servicio militar, prestaciones). El TEPT como entidad diagnóstica supuso un cambio de paradigma en el modo en que se interpretaba el trauma, al considerar, por primera vez, la sintomatología postraumática como una reacción normativa y reversible a una experiencia inesperada (Jones & Wessely, 2007).

Desde entonces, la literatura sobre trauma y TEPT se ha desarrollado extraordinariamente, siendo, en hoy en día, uno de los campos de estudio más prolíficos. En la actualidad coexisten diversas aproximaciones teóricas y conceptuales, si bien el modelo de sistemas categoriales es el más común, debido a su aplicación en el ámbito sanitario. Fundamentado en la caracterización del DSM o la CIE sobre el TEPT, este enfoque concibe la respuesta traumática como un conglomerado de síntomas (intrusivos, evitativos y de activación) que se producen como consecuencia de la exposición a un evento de naturaleza amenazante. Aunque el TEPT en este modelo se considera una respuesta normal a un evento extraordinario, la mera asignación de una etiqueta diagnóstica puede resultar estigmatizante y derogatoria debido a sus connotaciones patológicas.

En los últimos años, se han alzado voces críticas contra el uso de los sistemas categoriales tradicionales, aludiendo a su incapacidad para retratar de manera precisa el espectro completo de reacciones humanas ante experiencias adversas; así como a cuestiones operativas como su concepción de los trastornos mentales, la elevada comorbilidad entre trastornos, la escasa fiabilidad y validez de las categorías o la desconsideración hacia las variables psicosociales (Critical Psychiatry Network, 2013). En este contexto, se han propuesto modelos alternativos, de los cuales describimos sucintamente dos de ellos por el interés que han suscitado en el ámbito de la Psicotraumatología:

- **Proyecto RDoC (*Research Domain Criteria*):** El RDoC plantea que el funcionamiento humano se basa en seis dominios, cuya alteración, daría lugar a determinados síntomas. Este enfoque no emplea etiquetas diagnósticas, sino que postula la existencia de biomarcadores o “unidades de análisis” (e.g. genes, circuitos neurales, células) que revelarían, de modo preciso, la ocurrencia de desórdenes mentales (The National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2020). Este modelo permite superar las dificultades de los sistemas categoriales en cuanto a la elevada comorbilidad entre trastornos y, además, proporciona una visión más diversa (y representativa de la realidad) de la psicopatología, al presentarla como un espectro, en lugar de elementos estancos. No obstante, el RDoC muestra un enfoque marcadamente biomédico que desconsidera el contexto social del individuo y la experiencia subjetiva, en beneficio de los factores biológicos y genéticos (Johnstone & Boyle, 2018).
- **Marco Poder Amenaza y Significado (PAS):** Este modelo establece la existencia de una serie de necesidades básicas (físicas, emocionales y materiales) compartidas por todas las personas. Cualquier circunstancia que comprometa estas necesidades puede ser vivida por el individuo como una amenaza, dando lugar a distintas reacciones o patrones de respuesta (i.e. síntomas para los modelos biomédicos). El marco PAS considera las adversidades (i.e. traumas) como experiencias interseccionales, acumulativas e interactivas que se forman en un contexto económico, social y político concreto. El modo en que una persona responde a un evento traumático depende de cómo se han concretado, en su historia vital, tres elementos: 1) las operaciones de poder, 2) las amenazas a las necesidades derivadas de las operaciones negativas de poder, y 3) el significado que atribuye a esas experiencias. El modelo reemplaza el concepto “síntoma” por

“estrategias de supervivencia”, considerando válidas todas las respuestas emitidas por el individuo en aras de proteger las necesidades. El marco PAS proporciona un enfoque integral de las experiencias adversas desde los Derechos Humanos en el que no se asume la patología, sino estrategias de afrontamiento y mecanismos de supervivencia que dependen de las circunstancias individuales y culturales; integra la influencia de factores biológicos, genéticos y epigenéticos en el tipo de respuesta, y asume la existencia de diferencias culturales en el modo de manifestar el sufrimiento de cada persona, y abogando por la despatologización.

En la Tabla 1 se presenta comparativamente la concepción del trauma y la sintomatología asociada según cada uno de estos modelos.

Tabla 1.
Comparación entre la Conceptualización del Trauma.

		Origen del trauma	Expresión del trauma
Sistemas categoriales	DSM-V	Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza.	Presencia de síntomas de intrusión, evitación, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y alteración importante de la alerta y reactividad.
	CIE-11	Exposición evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles evento	Síntomas de reexperimentación, acompañados de emociones o sensaciones físicas fuertes o abrumadoras, evitación y percepciones persistentes de una amenaza actual.
Proyecto RDoC		---	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de valencia negativa: miedo a enfrentarse a elementos que recuerden al trauma, condicionamiento de miedo, L-DOPA. ▪ Sistemas de valencia positiva: bajo apetito, libido, anhedonia. ▪ Sistemas cognitivos: Déficits en memoria y concentración, inhibición en el giro cingulado anterior. ▪ Arousal: nerviosismo, respuesta de sobresalto, alteración noradrenérgica.
Marco PAS		Exposición a un trauma como “suceso único”, inesperado y puntual (p. e. desastre natural, ataque terrorista) y trauma complejo (acumulativo, repetitivo e interpersonal).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntomas de intrusión, evitación y activación: <ul style="list-style-type: none"> - Regulación de sentimientos abrumadores (disociación, amnesia, escucha de voces, consumo de alcohol y drogas, autolesión, sensaciones somáticas, creencias inusuales). - Protección frente a la pérdida de los apegos, daño y abandono (control, desconfianza, alerta ante el rechazo, odiarse, culparse, conformismo, sumisión). - Búsqueda de vínculos (mediante la idealización, conformidad, culparse, llamar la atención). - Mantener una sensación de control (ira, dominancia, hábitos alimentarios). - Protección frente al peligro (hipervigilancia, rabia e ira, ansiedad, pensamientos suspicaces). - Satisfacer necesidades emocionales y calmarse (consumir drogas y alcohol, buscar vínculos seguros, autolesionarse). - Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (sentimiento de tener derecho, proyección). - Comunicar el sufrimiento, buscar atención (autolesión, ira).

Conceptualización de los Constructos

Traumatización Vicaria

La Traumatización Vicaria (TV) alude a los cambios en la experiencia interna del terapeuta que resultan de la exposición reiterada al contenido traumático de las narraciones de sus clientes (Pearlman & Saakvitne, 1995a). Este constructo se fundamenta en el modelo constructivista del desarrollo (CDST), el cual establece que el conocimiento que las personas tienen sobre el funcionamiento del mundo se basa en unas estructuras denominadas esquemas cognitivos. Estos esquemas se manifiestan a través de una serie de necesidades psicológicas que configuran el marco de referencia personal o, dicho de otro modo, las lentes a través de las que se observa, experimenta e interpreta la realidad (Pearlman & Saakvitne, 1995a):

- 1) **seguridad:** sentimientos de invulnerabilidad y de estar a salvo,
- 2) **dependencia o confianza:** capacidad de confiar en la palabra de los demás y en que podrán satisfacer nuestras necesidades cuando lo necesitemos,
- 3) **poder:** posibilidad de ejercer influencia sobre otras personas,
- 4) **estima:** sentirse valorados y validados por los demás,
- 5) **interdependencia:** control sobre los eventos,
- 6) **intimidad:** conexión con otras personas, bien mediante de relaciones interpersonales o a través del sentido de comunidad.

McCann y Pearlman (1992) establecen que los esquemas se construyen en base a la experiencia mediante los procesos de asimilación y acomodación. Siguiendo el modelo de Piaget, cuando aparece una nueva información, esta puede integrarse en los esquemas preexistentes si es coherente con ellos (asimilación) o, si la incompatibilidad es insalvable, requerir su modificación (acomodación). De esta manera, el individuo, a través de sus vivencias, y en interacción con un contexto sociopolítico concreto, crearía activamente sus propias representaciones y significados de la realidad. A pesar de que los esquemas se mantienen bastante estables a lo largo de la vida, la experiencia -directa o indirecta- de eventos traumáticos puede afectarlos significativamente, llegando a desestabilizar algunas de las asunciones básicas que compartimos sobre el mundo (Janoff-Bulman, 1989): 1) la propia invulnerabilidad, 2) la bondad inherente de las personas, y 3) el mundo como un lugar ordenado y predecible. De esta manera, los diferentes modos en que las personas viven

eventos traumáticos similares obedecerían, en parte, a la centralidad o relevancia que los esquemas dañados tienen para el individuo.

Los profesionales expuestos a relatos en los que se evidencia una vulneración de las necesidades básicas pueden experimentar disrupciones en los esquemas, tan profundas, que podrían afectar a su marco de referencia. El impacto concreto del trauma vicario viene determinado por la interacción entre las características del profesional, el contexto laboral y las circunstancias únicas que envuelven cada relación terapéutica. No obstante, la literatura apunta a que existen ciertos factores que incrementan la vulnerabilidad a experimentar TV, entre ellas: trabajar con personas traumatizadas durante periodos prolongados, exposición a detalles gráficos, contar con historia personal de trauma, presencia de estresores laborales y/o vitales, y falta de formación específica (Hensel et al., 2015). Las disrupciones en los esquemas y en el marco de referencia pueden producir diversas consecuencias, incluyendo (Reyes, Elhai, & Ford, 2008):

- aislamiento,
- distanciamiento social,
- irritabilidad,
- cansancio emocional e insensibilidad:
 - “Después de escuchar todas esas historias terribles...una más ya apenas te afecta”. (Van Minnen & Keijsers, 2000, p. 194)
- sobreprotección de los seres queridos:
 - “No tengo hijos por mi trabajo. Nunca podría criar niños felices. Siempre estaría preocupado de que les pasara algo”. (Brady et al., 2019, p. 282)
- cinismo:
 - “Siento que tengo menos simpatía y compasión por los problemas de los demás porque siempre los estoy comparando con los abusos que me encuentro en mi trabajo”. (Brady et al., 2019, p. 283)
- desconfianza:
 - “Viajando en el metro de Londres sólo puedo pensar en las estadísticas: uno de cada diez hombres ha comprado sexo en Reino Unido. Calculo cuántos de estos hombres pueden ser agresores”. (Coles et al., 2014, p. 102)

Trauma secundario

Además de los cambios a nivel cognitivo, se ha documentado que esta exposición al sufrimiento puede generar sentimientos, pensamientos y reacciones análogos a los que experimentan las víctimas. Esta cuestión fue descrita inicialmente por Fingley (1995), quien acuñó el término Estrés Traumático Secundario (STS) para describir la manifestación sintomática que los profesionales podían exhibir en respuesta a las experiencias de sus clientes. Entre las reacciones o síntomas descritos se encuentran los elementos nucleares del TEPT: intrusión, evitación y activación. La sintomatología postraumática puede tener un intenso calado en la vida profesional y personal del terapeuta, alterando su funcionamiento normativo. Para ilustrar esta cuestión, se exponen algunos ejemplos extraídos de investigaciones cualitativas:

- **Intrusión:**

“He tenido tantas pesadillas entrevistando a este cliente que fue brutalmente torturado, que ahora tengo miedo de ir a dormir”. (Fischman, 2008, p. 110)

“Me desperté cada noche, durante una semana, cuando descubrí que mi cliente había sido abusado de niño. Era mi cita diaria a las 3 de la madrugada. No era el pensamiento lo que merodeaba, era la imagen vívida lo que me despertaba asustada y no me dejaba volver a dormir”. (Fahy, 2007, p. 202)

- **Evitación**

“Veo y escucho demasiadas miserias. No tengo ganas de relacionarme con gente. Quiero estar sola, ver alguna serie o leer un libro” (Van Minnen & Keijsers, 2000, p. 103).

“Me asusta pensar qué información aparecerá en la siguiente sesión y saber que tendré que lidiar con ella”. (Fischman, 2008, p. 110)

- **Activación:**

“Estoy hipervigilante en algunas situaciones. Por ejemplo, si estoy paseando por el bosque y veo a un extraño caminar hacia mi, soy más consciente del peligro. Estoy más alerta y ando con más cuidado que nunca”. (Van Minnen & Keijsers, 2000, p. 193)

Al igual que sucede con el trauma vicario, existen multitud de alusiones en la literatura a esta casuística en relación con el tratamiento de supervivientes de eventos históricos traumáticos, incluyendo el Holocausto (Danieli, 1988), Vietnam (Fingley, 2002)

o los atentados del 11S (Woodward et al., 2005). Sin embargo, no fue hasta la publicación del DSM-5 cuando fue reconocida como entidad nosológica en sí misma mediante la incorporación de la exposición indirecta en el criterio A4 (Mordeno et al., 2017), en el que se establece como condición susceptible de generar trastorno de estrés postraumático la “Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)” (APA, 2013).

Fatiga por Compasión

La fatiga por compasión (FC) es el concepto más novedoso en la literatura sobre el coste del cuidado. La FC ha sido concebida, tanto como un constructo diferenciado, como un sinónimo de los anteriores. Entendido como un fenómeno único, tal y como fue descrito inicialmente por Joinson (1992), se define como una disminución en las capacidades profesionales como consecuencia de la exposición al sufrimiento, que incluiría síntomas de agotamiento o drenaje emocional como sentirse atrapado, aislado, o la reducción en la capacidad empática (Najjar et al., 2009). Joinson (1992) concebía la fatiga por compasión como una forma de *burnout* específica de las profesiones asociadas al cuidado, debido a la similitud sintomática entre ambos, pero no proporcionó evidencia empírica que sustentara esta hipótesis. Posteriormente, Fingley (1995, p. 1) toma este concepto y lo define como "el estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión", cuya manifestación sería idéntica al trastorno de estrés postraumático. De esta manera, Fingley (2002) lo emplea indistintamente para referirse al trauma secundario y al trauma vicario, entendiéndolo como un concepto más amigable y menos estigmatizante que los anteriores. Posteriormente, se proponen otras definiciones más comprehensivas en las que se describen las particularidades de esta condición como, por ejemplo, la de Coetzee y Klopper (2010) que la caracterizan como “el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés” (p. 237). Fingley (1995) desarrolló un modelo teórico de la fatiga por compasión, situando en su epicentro la empatía, como componente básico de la relación terapéutica. El modelo propone que la exposición al sufrimiento requiere una respuesta empática en el profesional, es decir, que se sitúe en la perspectiva del cliente, haciendo que experimente sus mismas emociones.

De esta manera, la empatía podría llevar a algunos profesionales a absorber altos niveles de sufrimiento, siendo este el mecanismo responsable de generar el “estrés por compasión”, cuyos efectos psicológicos y fisiológicos darían lugar a la fatiga o desgaste.

En los últimos años, la naturaleza de este concepto ha sido objeto de discusión debido a su debilidad teórica y conceptual, habiéndose destacado la pobre operativización del constructo y la escasa atención prestada a la influencia de factores externos en su desarrollo (Sinclair et al., 2017). De hecho, en cuanto a este último aspecto, los modelos actuales apuntan a que el origen de la FC es una disrupción en la empatía, es decir, se produciría una sobreidentificación del profesional con el cliente (Vachon et al., 2015). De esta manera, factores como el contacto continuado y estrecho con personas que sufren, los entornos laborales estresantes, y el volcado emocional (Jenkins & Warren, 2012), así como los sentimientos de culpa por no poder “salvar” a todos los clientes (Valent, 2002), han sido factores asociados a este desgaste empático. Las consecuencias de sufrir fatiga por compasión incluyen síntomas físicos (e.g. agotamiento, somatizaciones, insomnio, cefaleas, dolores estomacales), consumo abusivo de sustancias, despersonalización, ánimo hipotímico, desesperanza, deterioro de las relaciones interpersonales y afectación profesional.

Para concluir, es importante puntualizar que, en el escenario del cuidado, es posible encontrar otros constructos como, por ejemplo, el *burnout*. Sin embargo, en este trabajo no se ha contemplado como consecuencia de interés por su carácter generalista, esto es, puede aparecer en cualquier contexto profesional, mientras que la fatiga por compasión, el trauma secundario y el trauma vicario se han descrito como procesos patológicos específicos en contextos de alto sufrimiento.

El impacto del cuidado en los profesionales de la Psicología

Estas tres condiciones se han documentado en diversos grupos profesionales, incluyendo personal de primera respuesta (Greinacher et al., 2019; Kleim & Westphal, 2011), sanitarios (Mairean et al., 2014; Raunick et al., 2015; Sinclair & Hamill, 2007), cuerpos de seguridad (Monteith, 2006), intérpretes (Lai et al., 2015; Macdonald, 2015), o personal judicial (Jaffe et al., 2003; Russell, 2010; Vrkleviski & Franklin, 2008), siendo uno de los focos de principal preocupación el de los profesionales de la salud mental y, concretamente, aquellos que trabajan con población traumatizada. Sin embargo, es

importante precisar que este colectivo, denominado de forma genérica en estudios previos como “profesionales de salud mental” (*Mental Health Providers*) está constituido por diversos colectivos que, con frecuencia, difieren en el modo de aproximarse al estudio de los fenómenos psicológicos (González & Valdez, 2005). Esta extraordinaria heterogeneidad ha dificultado la comparación y, por consiguiente, la generalización de los hallazgos sobre el impacto que esta cuestión tiene sobre los profesionales. En este sentido, llama la atención la escasez de estudios centrados en la figura del psicólogo.

Si bien es cierto que existen numerosos trabajos que han explorado los efectos del trauma en terapeutas o *counselors*, esto no requiere, necesariamente, que la formación de base sea Psicología. En este contexto, es importante tomar en consideración que la figura del profesional de la atención psicológica está sujeta a variaciones en los distintos países. Así, por ejemplo, podemos encontrar a trabajadores sociales (Bride & Fingley, 2007; Choi, 2011), educadores (Hatcher et al., 2011), o incluso al clero (Fingley & Anderson, 2013; Hilborn, 2019; Swain, 2009) dispensando atención utilizando técnicas psicológicas. Consideramos que la escasez de investigaciones dirigidas específicamente a explorar el efecto de trabajar con el sufrimiento humano en psicólogos es una cuestión relevante debido a que existen particularidades en este colectivo que no están presentes en otros en los que la investigación ha sido más prolífica.

Por un lado, pese a que los psicólogos son igual de vulnerables que la población general a desarrollar desórdenes psicoemocionales, afrontan ciertos factores ocupacionales que podrían incrementar dicho riesgo (Kleespies et al., 2011), siendo la propia naturaleza de la terapia el más importante de ellos. El acompañamiento del cliente a través del proceso terapéutico constituye la premisa básica de la atención psicológica, y esto lleva a que el profesional atestigüe, mediante recreaciones y descripciones detalladas, eventos vitales de gran impacto emocional. Además de los riesgos inherentes de la exposición al trauma, se han descrito otros factores que afectan a los terapeutas como, por ejemplo, tratar a un gran número de pacientes diarios (Laverdière et al., 2019; Linley & Joseph, 2007; Sabin-Farrell & Turpin, 2003), la falta de apoyo laboral y social (Killian, 2008) y la dificultad para ventilar emocionalmente debido a la estricta confidencialidad que rige los procesos terapéuticos (Hensel et al., 2015; Morrissette, 2004; Pearlman & Saakvitne, 1995b).

Por otra parte, existen en el imaginario colectivo ciertas creencias y expectativas en torno a la figura del psicólogo y su impermeabilidad ante las emociones negativas (Kern, 2014), los trastornos mentales o el sufrimiento que pueden contribuir a la inhibición de las necesidades psicológicas del terapeuta y, consecuentemente, afectar negativamente a la conducta de búsqueda de ayuda (Tay et al., 2018; Thoreson et al., 1989; Williams et al., 2010). Esta idea del terapeuta inalterable (Adams, 2014) se aprecia en el estudio de Ballenger (1978), en el que se analizaba el impacto que había tenido el suicidio de un terapeuta en sus clientes. Además de reacciones de sorpresa y tristeza, destaca cómo estos se llegaban a cuestionar el valor de la terapia y se planteaban si había esperanza para ellos si algo así le podía suceder a un profesional de la salud mental.

Aunque es escasa la investigación sobre la prevalencia de diagnósticos formales entre los psicólogos que trabajan con sufrimiento, estudios como el de Pope & Tabachnick (1994) reflejan la importancia de esta cuestión. Estos autores observaron, en una muestra de 800 psicólogos, que el 61% refería haber vivido, al menos, un episodio de depresión clínica; el 29% había tenido pensamientos suicidas, y el 4% describía conductas autolíticas. En la misma línea, Gilroy et al. (2002) hallaron que el 62% de sus participantes se diagnosticaban con depresión clínica, y el 42% indicaba pensamientos o conductas suicidas. Más recientemente, la *British Psychological Society* (2016) encontró que el 48% de los terapeutas trabajando para el NHS refería síntomas depresivos. Aunque los psicólogos parecen ser conscientes de la importancia de cuidar el bienestar psicológico, algo que se evidencia por su mayor uso de los servicios de salud mental frente a la población general (Digiuni et al., 2013), muchos interiorizan estas creencias, asumiendo que mostrar vulnerabilidad psicológica puede ser considerado como una prueba de escasa profesionalidad o de pobres capacidades terapéuticas (‘t Lam et al., 2018; Tritt et al., 2015), aunque la evidencia muestre lo contrario (Blume-Marcovici et al., 2013). El miedo al estigma social e institucional asociado al padecimiento de desórdenes psicológicos podría llevar a los terapeutas a la ocultación de información relativa al estado psicoemocional para protegerse a sí mismos, su reputación (Zerubavel & Wright, 2012) y su credibilidad profesional (Sawyer, 2011). Esta cuestión se ilustra en el estudio de Pope y Tabachnick (1994), en el que el 20% de los psicólogos encuestados reconocía ocultar información a sus terapeutas (p. ej. historia previa de abuso, consumo de sustancias, TCA); o la encuesta desarrollada por la APA (2009) en la

que el 14% de los psicólogos que referían haber tenido pensamientos suicidas, indicaban no habérselo confesado a nadie. De este modo, pese a que los profesionales de otros ámbitos también se ven afectados por los efectos negativos de la exposición al sufrimiento, no existe sobre ellos la misma presión social ni el escrutinio profesional al que se somete a los psicólogos.

Todos estos constructos han suscitado un interés creciente entre los profesionales sanitarios, que se ha traducido en el desarrollo de intervenciones dirigidas a su prevención y tratamiento. Sin embargo, los intentos por abordar empíricamente esta cuestión han arrojado resultados inconsistentes y, con frecuencia, inconclusos, algo que podría reflejar la prematuridad de estas medidas (Kadambi & Ennis, 2004). Entre las dificultades metodológicas y conceptuales descritas, se encuentran: a) problemáticas relativas a la operativización de los constructos y solapamiento conceptual (Baird & Kracen, 2006; Morrissette, 2004; Nimmo & Huggard, 2013); b) ausencia de instrumentos de evaluación específicos, fiables y válidos (Branson, 2019); c) problemáticas asociadas a las muestras, entre las que se han destacado la ausencia de grupos de comparación (Kadambi & Ennis, 2004), y la mixtura de distintos profesionales (Branson, 2019). De facto, la escasa calidad de las investigaciones desarrolladas en este ámbito ha dado lugar, incluso, a dudas sobre la existencia efectiva de estas condiciones (Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Objetivos

Todo lo expuesto muestra que los profesionales que dispensan atención psicológica presentan un riesgo significativo de experimentar alteraciones cognitivas y psicoemocionales como consecuencia de su trabajo. De hecho, Rudolph y Stamm (1997) sostienen que uno de cada tres terapeutas que trabajan en trauma se encuentran en riesgo de desarrollar trauma secundario, y uno de cada dos, *burnout*. Sin embargo, a pesar de la proliferación de estudios sobre el coste del cuidado, el colectivo profesional de los psicólogos no ha sido suficientemente explorado. Así, con el fin de examinar esta cuestión, se plantean dos estudios. En primer lugar, una revisión sistemática sobre los efectos de exponerse laboralmente al sufrimiento humano en la que se explorará la investigación empírica sobre TV, FC y STS que en su muestra contemple, de forma explícita, la figura del psicólogo. En segundo lugar, se plantea un metaanálisis con el propósito de integrar cuantitativamente los resultados sobre la incidencia de la TV, FC y STS en psicólogos,

tomando en consideración las dificultades metodológicas y conceptuales descritas en estudios previos y que han dado lugar, incluso, a cuestionamientos sobre su existencia (Kadambi & Ennis, 2004; Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

MÉTODO

Búsqueda y selección de los estudios

Se llevaron a cabo diferentes estrategias de búsqueda. En primer lugar, se exploraron las bases de datos *PubMed*, *PsycInfo*, *Medline*, *Web of Science*, y *Scopus* entre septiembre y diciembre de 2019, empleando términos naturales y controlados identificados en MeSH, que dieron lugar a los siguientes operadores *booleanos*: "*secondary traumatic stress*" OR "*indirect stress*" OR "*secondary trauma*" OR "*secondary traumatization*" OR "*traumatic stress*" OR "*vicarious trauma*" OR "*compassion fatigue*" OR "*secondary traumatic stress disorder*" AND "*psychologist*" OR "*psychotherapist*" OR "*mental health provider*" OR "*mental health professional*" OR "*counselor*", así como sus análogos en castellano. No se estableció ningún límite temporal, empleándose como único filtro que el estudio estuviera publicado en una revista sometida a revisión por pares. Por otro lado, con el objeto de reducir sesgos en la búsqueda de la literatura, prestando especial atención al sesgo de publicación, la literatura gris se examinó en las bases de datos OpenSIGLE, HMIC (*Healthcare Management Information Consortium*), NTIS (*National Technical Information Service*) y PsycEXTRA, siguiendo las recomendaciones de la Guía Cochrane (Higgins & Green, 2008).

Se establecieron tres criterios de inclusión para determinar la elegibilidad de los estudios:

- 1) Que la muestra utilizada en la investigación incluyera psicólogos: Ante la variedad de figuras profesionales que pueden dispensar atención psicológica en los distintos países y la escasez de estudios compuestos íntegramente por psicólogos, se determinó que serían elegibles aquellos estudios que explicitaran la presencia de psicólogos entre los participantes. En aquellos casos en los que no era posible extraer esta información de manera clara, se contactó a los autores de referencia para determinar con exactitud o corroborar las características de la muestra utilizada.
- 2) Medición estandarizada a través de instrumentos validados de cada uno de los constructos de interés: FC, TV y STS. Otros efectos asociados como el trauma

compartido o el *burnout* fueron desestimados por no estar directamente relacionados con el objetivo de este estudio.

- 3) Proporcionar al menos un estimador del tamaño del efecto o información suficiente para poder calcularlo (tamaño muestral, media, desviación típica).

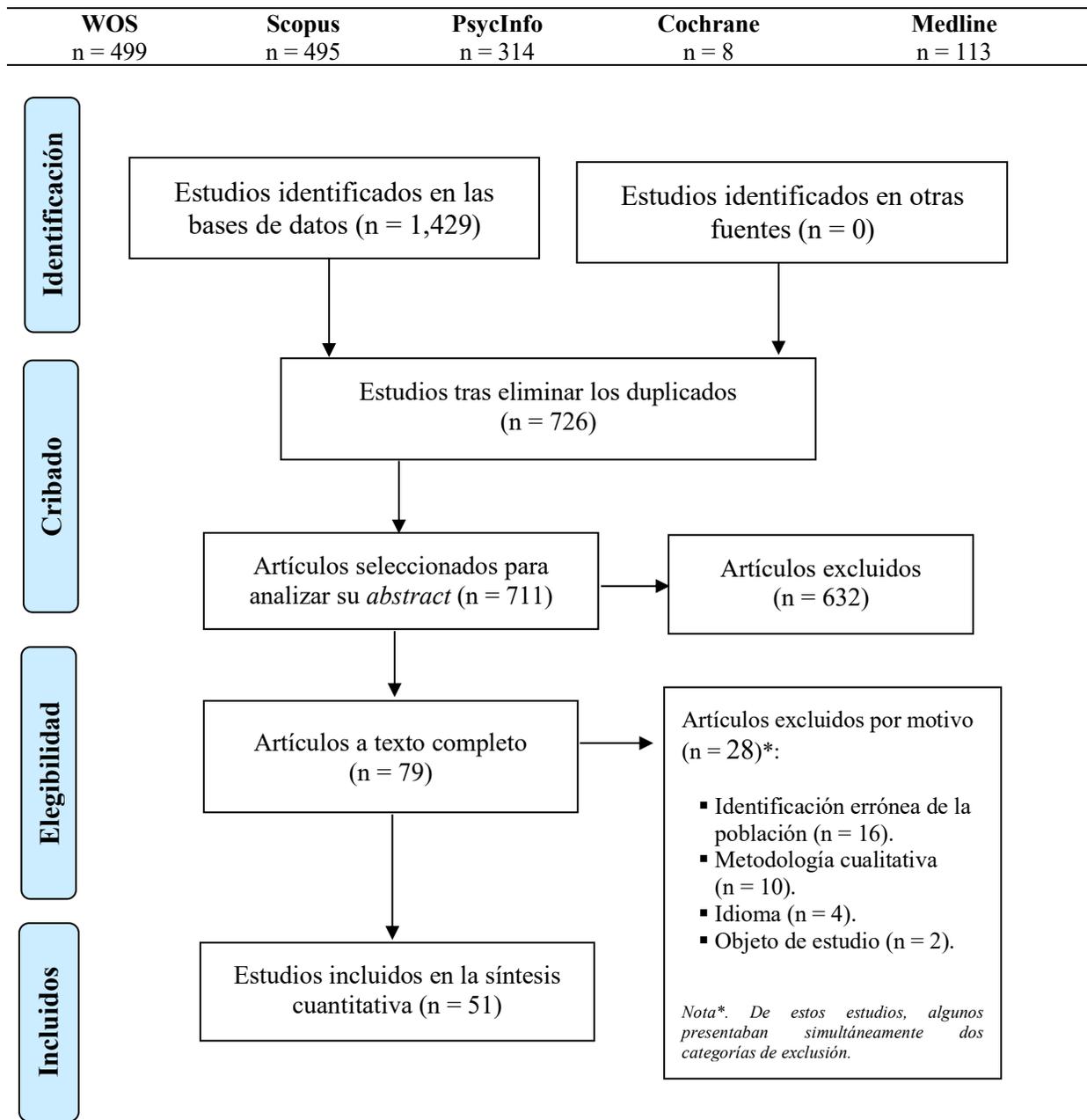
No se restringieron los resultados a ningún área concreta de la Psicología. La literatura sugiere que los profesionales especializados en trauma son los que más riesgo presentan de experimentar efectos negativos, sin embargo, los estudios previos se limitan a explorar de modo descriptivo este contexto, sin establecer comparaciones con otras áreas de la atención psicológica que permita establecer empíricamente dicha hipótesis (Kadambi & Ennis, 2004). Por ello, en este estudio se consideró un escenario más amplio en el que se incluyeron diferentes contextos asistenciales (p. e, menores, emergencias y catástrofes, psicooncología).

Selección de los estudios elegibles

La búsqueda dio lugar a un total de 1,252 resultados de potencial interés para los objetivos de esta revisión, que fueron revisados por dos investigadores de manera independiente. En el primer cribado a partir de los títulos de los trabajos se identificaron 526 artículos duplicados (aparecían en dos o más bases de datos) que fueron eliminados, quedando 726 artículos restantes. Los *abstracts* de estos estudios fueron examinados por cada investigador mediante el *software* Rayyan QCRI (Ouzzani et al., 2016) en busca de aquellos que satisficieran los criterios de inclusión. En este proceso se eliminaron 647 estudios, quedando 79 estudios para su análisis a texto completo. El nivel de acuerdo interjueces fue "casi perfecto" ($k = .96$), siguiendo la interpretación de Landis y Koch (1977). Los conflictos se resolvieron a través de discusión y consenso. Entre el 5 de febrero y el 13 de marzo de 2020 se contactó con los autores de referencia de algunos trabajos para obtener información no especificada en el manuscrito que permitiera, tanto identificar si había psicólogos entre los participantes y como obtener datos que permitieran calcular los tamaños del efecto. La Figura 1 muestra el diagrama de selección de los estudios elegibles para la revisión.

Figura 1

Diagrama de la Revisión Sistemática.



Proceso de extracción de datos

Siguiendo las directrices PRISMA, la información de los artículos se dispuso en tablas. Previo a la codificación, se diseñó un protocolo para extraer la siguiente información de cada artículo: a) Referencia (título, autoría, año de publicación); b) Métodos (diseño, muestreo, tipo de muestra), c) Ratio de respuesta, d) Características de la muestra (edad, sexo, etnia/raza, país), e) Información profesional (especialización en trauma, historial personal de trauma, años de experiencia, ámbito profesional), f) Instrumento de evaluación para valorar los constructos, g) Calidad del estudio, y h) Resultados (media, desviación típica, IC).

La calidad de los estudios se evaluó con la escala Newcastle-Ottawa (Wells et al., 2000), adaptada a las necesidades y objetivos de esta investigación (Tabla 2). Cada artículo se valoró según el grado de cumplimiento de los siguientes criterios:

1. La muestra es representativa de los profesionales que trabajan con sufrimiento y trauma.
2. El tamaño muestral es justificado y satisfactorio (i. e. incluye su cálculo).
3. La ratio de respuesta es adecuada (la pérdida de respuestas es inferior al 20%). Para valorar este criterio se tomó como línea base la ratio de respuestas de entre el 32% (Pearlman & MacIlan, 1995) y el 58% (Pope & Feldman-Summers, 1992), un promedio que se ha empleado como referencia en estudios previos, en lugar de partir del 100%.
4. Evaluación de los constructos mediante instrumentos validados y reconocidos.
5. Los participantes se distribuyen en grupos de comparables
6. Se controlan potenciales factores moderadores que pudieran influir en los resultados.
7. Se proporciona información cuantitativa sobre la presencia e intensidad del daño psicológico (medias, SD, OR, porcentajes).
8. Se emplean pruebas estadísticas apropiadas, adecuadamente descritas y justificadas.

Estos criterios dan lugar a una puntuación total para cada estudio que permite valorar su calidad (9-10 puntos: estudios muy buenos, 7-8 puntos: estudios buenos, 5-6 puntos: estudios satisfactorios, 0-4 puntos: estudios insatisfactorios).

Tabla 2

Evaluación de la Calidad de los Estudios Incluidos en la Revisión según la Escala Newcastle-Ottawa.

Estudio (primer autor)	Selección			Comparación			Resultados		Total
	RM	TM	RR	Ev. Trauma	GC	Control FM	Estadísticos TE	AE	
Olivares et al. (2007)	+			++			++	+	6/10
Beaumont et al. (2015)				++	+		++	+	6/10
Bride et al. (2009)	+	+	+	++			++	+	8/10
Carmel et al. (2009)				++		+	++	+	6/10
Cieslak et al. (2013)	+	+		++		+	++	+	8/10
Connaly (2012)			+	++			++	+	6/10
Denkinger et al. (2018)		+	+	++	+	+	++	+	9/10
Guerra & Pereda (2015)			+	++	+		++	+	7/10
Jacobson (2013)	+		+	++			++	+	7/10
Linley et al. (2007)		+	+	++	+	+	++	+	9/10
Maguire et al. (2016)				++	+	+	++	+	7/10
Makadia et al. (2015)	+	+	+	++		+	++	+	9/10
Manning-Jones et al. (2017)				++	+	+	++	+	7/10
McKim et al. (2014)				++		+	++	+	6/10
McLean et al. (2003)			+	++		+	++	+	7/10
La Mott et al. (2017)		+		++		+	++	+	7/10
Newmeyer et al. (2016)				++	+		++	+	6/10
Robinson-Keilig (2014)	+	+		++		+	++	+	8/10
Somoray et al. (2016)			+	++		+	++	+	7/10
Sprang et al. (2007)	+	+		++	+	+	++	+	9/10
Kjellenberg et al. (2014)		+	+	++		+	++	+	8/10
Diehm et al. (2019)				++		+	++	+	6/10
Kadambi et al. (2003)	+		+	++		+	++	+	8/10
Weitkamp et al. (2014)	+	+		++	+	+	++	+	9/10
Pearlman et al. (1995)			+	++	+	+	++	+	8/10
Way et al. (2004)	+	+	+	++	+	+	++	+	10/10
Buchanan et al. (2006)			+	++			++	+	6/10
Furlonger et al. (2013)		+	+	++		+	++	+	8/10
Kadambi et al. (2004)	+	+	+	++	+	+	++	+	10/10
Laverdiere et al. (2019)				++		+	++	+	6/10
Newell et al. (2011)			+	++	+		++	+	7/10
Kintzle et al. (2013)			+	++			++	+	6/10
Thompson et al. (2014)				++		+	++	+	6/10
Heeb et al. (2011)		+	+	++		+	++	+	8/10
Newman et al. (2019)		+	+	++	+	+	++	+	8/10
Birck (2002)			+	++	+	+	++	+	8/10
Kiley et al. (2018)				++	+		++	+	6/10
Lawson et al. (2010)			+	++	+		++	+	7/10
Posselt et al. (2018)				++	+	+	++	+	7/10
Tominaga et al. (2019)	+	+	+	++	+	+	++	+	10/10
Castelli et al. (2015)	+	+	+	++	+		++	+	9/10
Zeleskov et al. (2012)				++		+	++	+	6/10
Nyagaya et al. (2014)	+	+		++	+		++	+	8/10
Zeidner et al. (2013)				++	+	+	++	+	7/10
Baird & Jenkins (2003)			+	++	+		++	+	7/10
Cetrano et al. (2017)			+	++			++	+	6/10
Ray et al. (2013)		+	+	++	+	+	++	+	9/10
Williams et al. (2012)	+	+	+	++		+	++	+	9/10
Guerra et al. (2009)				++	+		++	+	6/10
Jacobson (2012)	+	+	+	++		+	++	+	9/10
Samios et al. (2012)			+	++			++	+	6/10
	16/51	21/51	30/51	102/102	25/51	33/51	102/102	51/51	7,43

Nota. RM (Representatividad de la muestra); TM (Tamaño muestral); RR (Ratio de respuesta); Evaluación (Medida de la exposición mediante cuestionarios); GC (Grupos de comparación); Control FM (Control de factores moderadores); Estadísticos (Estadísticos para calcular el Tamaño del Efecto); AE (Análisis estadísticos)

Tamaños del efecto

La ausencia de grupos de comparación en los estudios, ya reportado en trabajos previos (Kadambi & Truscott, 2004; Sabin-Farrell & Turpin, 2003), imposibilitó la realización de un metaanálisis tradicional, de manera que se propuso un metaanálisis de las puntuaciones promedio obtenidas por los participantes en cada uno de los constructos, siguiendo el procedimiento empleado por Cieslak et al. (2013). Para calcular los tamaños del efecto se emplearon las medias, desviaciones típicas y tamaños muestrales. Aquellos trabajos que no proporcionaban estos indicadores y que, tras solicitarlos no pudieron ser obtenidos, fueron excluidos del estudio. Se realizó un metaanálisis para cada uno de los constructos (FC, TV, y STS) y para cada uno de los instrumentos puesto que, en el metaanálisis de medias, la interpretación de cada cuestionario difiere según la puntuación obtenida, no siendo comparables entre sí. Se realizaron metaanálisis cuando se contaba con, al menos, cuatro estudios que emplearan la misma medida. Los tamaños del efecto se computaron con el software *Comprehensive Meta-Analysis* (Borenstein et al., 2013), empleando un modelo de efectos aleatorios. El programa calculó los intervalos de confianza al 95%. Los estadísticos Q e I^2 se emplearon para valorar la heterogeneidad de los estudios. El índice I^2 se interpretó siguiendo los valores propuestos por Higgins et al. (2003), como baja (25%), moderada (50%) y elevada (75%).

RESULTADOS

Características de los estudios

Se incluyeron en el metaanálisis 51 estudios sobre FC, TV y STS publicados entre 1995 y 2019. La mayoría de las investigaciones procedían de países de habla inglesa, siendo los más presentes Estados Unidos (36,4%) y Australia (14,5%). El origen del resto de las publicaciones fue variado, incluyendo países como Alemania (9.1%), Reino Unido (7.3%), o Italia (5.5%). No se identificó ningún artículo desarrollado con muestra española. Todos los trabajos eran de tipo transversal. El tipo de muestreo más frecuente fue el no probabilístico intencionado (76.4%) y el de conveniencia (16.4%). La tasa de respuesta promedio fue del 45% ($DT = 18.6$), en línea con los porcentajes de participación descritos en estudios previos. En cuanto al ámbito profesional, la mayoría de los estudios se centraban en el contexto de salud mental (29.6%, $n = 16$) y clínico (21.8%, $n = 12$), que se agruparon como una única categoría; con una menor representación de asistencia a víctimas de violencia sexual (9.1%, $n = 5$), trauma (7.3%, $n = 4$), y a refugiados o supervivientes de tortura (5.5%, $n = 3$). En cuanto a la profesión de base, aunque el objetivo central del este trabajo era la experiencia de los psicólogos y psicólogas, solo el 23.6% ($n = 13$) de los artículos contaba con una muestra compuesta íntegramente por este colectivo. Dada la elevada heterogeneidad de estas investigaciones (i. e. ámbito, medidas psicométricas, constructos), no se pudo emplear este *pool* de trabajos para realizar ningún análisis. De este modo, el estudio se realizó añadiendo 40 estudios que incluían, tal y como se expuso en los criterios de inclusión, la figura del psicólogo junto con otras disciplinas del ámbito de la salud mental que no fue posible aislar (e.g. *counseling*, terapeutas).

Con respecto a los participantes, los estudios estaban compuestos por un total de 10,233 profesionales de la salud mental, de los que el 73% eran mujeres ($n = 7498$) y el 27% ($n = 2745$) eran hombres, con una edad promedio de 44.5 años ($DT = 5.65$), de raza blanca caucásica, casadas (61.8%, $k = 10$), con nivel educativo de máster (50%, $k = 15$) y, con menor frecuencia, doctorado (13.59 %, $k = 12$), y con una experiencia profesional amplia, de 13.28 años ($DT = 6.15$). De los trabajos analizados, 12 proporcionaban información explícita sobre la historia previa de trauma de los profesionales, mostrando que, como promedio, el 48.6% ($DT = 29.27$) de los profesionales había vivido, al menos, un hecho traumático. Finalmente, siete estudios indicaban que el 71.8% ($DT = 7.73$) de los psicólogos

recibía supervisión. Otras variables de interés como la corriente psicológica predominante, el número de pacientes/usuarios con trauma que atendían, o si recibían terapia personal como estrategia de prevención no pudieron ser exploradas en profundidad debido a su baja representación entre los estudios incluidos ($n < 2$). En la Tabla 3 se recogen las variables descriptivas de los estudios desglosadas por constructo.

Tabla 3.

Características de la Muestra de los Estudios Incluidos en la Revisión.

Variable	Trauma secundario	Fatiga por Compasión	Trauma Vicario
Número de estudios	22	21	10
Años de publicación	2003-2019	2006-2019	1995-2013
Suma del tamaño muestral	4573	5080	1027
Porcentaje de mujeres	69.63%	79.54%	75%
Promedio de edad	43,40	44,7	40.9
Promedio de experiencia (años)	13.15	10.55	9.52
Ámbito (tipo de trauma)			
Violencia sexual	23.81%	4.7%	40%
Violencia de género	-	-	10%
Salud Mental/Clínico	61.9%	47.6%	50%
Tortura y refugiados	-	9.52%	-
Ejército/Militar	9.52%	-	-
Emergencias/Crisis	4.76%	9.52%	-

Revisión sistemática

A continuación, se exponen los hallazgos más relevantes de la revisión para cada uno de los conceptos. Como se describió anteriormente, todos estos estresores comparten diversas características, tanto es así que, incluso presentan cierto nivel de solapamiento. Para mantener una estructura lógica en la exposición de los resultados que facilite su interpretación, cada constructo se expondrá por separado, describiendo las escalas empleadas en los estudios para su medición, su prevalencia y sus factores de riesgo y protección.

Trauma Secundario (TS)

La evaluación del trauma secundario se llevó a cabo, primordialmente, a través de tres escalas: *Impact of Event Scale* (IES) y su revisión (IES-R), y la *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS).

La primera de ellas, la IES (Horowitz et al., 1979), es una medida empleada para evaluar el malestar subjetivo producido por eventos vitales adversos. La primera versión de esta escala (IES) se compone de 15 ítems, siete de los cuales miden síntomas intrusivos (pensamientos, pesadillas, sentimientos e imágenes) y ocho, evitativos (pensamiento, situaciones, sentimientos...). Los reactivos se distribuyen en una escala Likert de 4 puntos (0 = nada, 4 = a menudo) en la que se debe indicar la frecuencia del síntoma en la última semana a través de ítems como “*He tenido problemas para conciliar el sueño o mantenerlo debido a imágenes o pensamientos sobre (el trauma) que vienen a mi mente*” o “*Trato de no recordarlo (el trauma)*”. Las subescalas que componen la IES han mostrado una fiabilidad aceptable ($\alpha = .79$ y $\alpha = .82$). Posteriormente, Weiss y Marmar (1997) desarrollaron una nueva versión de esta escala, la *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R), que toma los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno de Estrés Postraumático, incluyendo, de este modo, siete ítems dirigidos a valorar la hiperactivación y las nuevas formas de reexperimentación descritas en el manual diagnóstico. Así, la IES-R se compone de 22 ítems, seis de hiperactivación fisiológica (respuesta de sobresalto, dificultad para concentrarse, hipervigilancia...) y un nuevo ítem de intrusión disociativa (*flashbacks*). Su fiabilidad es muy elevada en las tres escalas, oscilando entre .87 y .92 para intrusión, .84 y .86 para evitación, y .79 y .90 para hiperactivación. Ejemplos de ítems para cada una de las tres escalas serían: “*Me encuentro actuando o sintiendo como si estuviera en el momento del hecho*” (reexperimentación), “*He intentado eliminarlo de mi memoria*” (evitación), o “*Los recordatorios (del trauma) me han causado reacciones físicas, como sudor, dificultades para respirar, náuseas o taquicardias*” (activación). Estas dos medidas están orientadas a la evaluación de víctimas primarias, extrapolándose al contexto profesional para su aplicación en investigación sobre trauma secundario.

Por otra parte, la *Secondary Traumatic Stress Scale* ([STSS], Bride et al., 2004), es un autoinforme específico para la evaluación del impacto del trauma indirecto en los profesionales. Está conformado por 17 ítems que valoran la frecuencia con la que la persona ha experimentado síntomas de intrusión (5 ítems), evitación (7 ítems) y activación (5 ítems) como resultado de la exposición indirecta al trauma en el último mes. A partir de las puntuaciones obtenidas, y aplicando diferentes tipos de corrección, proporciona tres indicadores: a) Nivel de riesgo de experimentar STS a partir de una puntuación de corte; b)

Frecuencia de los síntomas postraumáticos, y c) *Caseness* (grado en que los criterios diagnósticos estandarizados para una condición concreta pueden ser aplicables a un individuo), empleando un algoritmo de síntomas en el cual se establece que, aquella persona que refiere, al menos, un síntoma de intrusión, tres de evitación y dos de activación, cumpliría los criterios diagnósticos del TEP según el DSM-IV-TR (Bride et al., 2009). Es importante señalar que estos instrumentos proporcionan impresiones clínicas, no se trata de medidas diagnósticas. En la Tabla 5 se expone una relación de los estudios incluidos en la revisión.

Tomando esto en consideración, no se observaron diferencias en el nivel de TS en función de la escala empleada. De modo general, la severidad de la sintomatología postraumática se describe como baja o subclínica, con cuatro excepciones en las que se encuentran niveles altos-severos:

Estudio	Contexto	Resultado
Tominaga et al. (2019)	Psicoterapeutas que atendieron a víctimas del terremoto de Tohoku, Japón (Tragedia de Fukushima).	Una quinta parte de los profesionales presentaba sintomatología clínica significativa. Síntomas particularmente intensos en los profesionales asignados a escuelas en las que se habían dado casos de estudiantes desaparecidos o fallecidos.
Buchanan et al. (2006)	Profesionales de SM (Canadá)	El 61% de los profesionales refirieron haber sufrido abuso físico o emocional (i.e. violencia doméstica, abuso infantil, violencia sexual). El 32% indicó que estas experiencias traumáticas seguían teniendo un impacto sobre su vida.
Nyagaya et al. (2014)	Psicoterapeutas que ejercían en Nairobi y Nakuru (Kenia)	El 48% presentaba sintomatología alta-severa. Se observa mayor severidad entre los profesionales de Nairobi, quizá por la ocurrencia de “diversos eventos traumáticos en la ciudad previo a la recogida de datos, por ejemplo, los ataques con granadas, el bombardeo al parque Uhuru o la tragedia del incendio de petróleo de la aldea Sinai” (Nyagaya et al., 2014, p. 9).
Guerra et al. (2009)	Psicólogos clínicos (Chile)	Los participantes ya presentaban sintomatología elevada previo a la participación.

Estos cuatro estudios tienen en común el efecto del trauma compartido, esto es, los profesionales se exponen doblemente al evento adverso: por su experiencia directa (trauma primario) y por la experiencia de los usuarios (trauma secundario). Aunque esta casuística

no se contempla en ninguno de los estudios como variable moderadora, resulta llamativo cómo los estudios que describen niveles elevados de TS tienen en común la experiencia directa de trauma por parte del profesional.

Por otro lado, en el caso de la STSS, también se encontraron diferencias en función de la corrección empleada. Basándonos en la puntuación de corte de 38 puntos establecida por Bride et al. (2004), la mayoría de los estudios indican niveles bajos de sintomatología TEP. Sin embargo, interpretando los resultados en base a la frecuencia de los síntomas concretos, se observa un panorama diferente. Por ejemplo, en el estudio de Bride et al. (2009) en el que se exploraba el TS en *counselors* especializados en abuso de sustancias, encontraron que el 56% presentaba, al menos, un síntoma TEP, siendo los más frecuentes los de naturaleza intrusiva (43%), la reexperimentación (15%) y las pesadillas (8%). Si bien el 44.4% de los participantes no tenía ningún síntoma, el 19% presentaba suficientes como para recibir un diagnóstico TEP. De modo similar, el 19.2% de los profesionales de salud mental militar del estudio de Cieslak et al. (2013) cumplía dicho diagnóstico, aunque en este estudio no se proporciona información desgranada sobre los síntomas concretos. Kintzle, Yarvis, y Bride (2013), también en el contexto militar, hallaron que el 59% de sus participantes presentaba, al menos, un síntoma de TEP; el 33% cinco o más. Además, el 8% de la muestra presentaba sintomatología severa. Diehm, Mankowitz, y King (2019), en una muestra de psicólogos clínicos, refieren que el 9% presentaba síntomas postraumáticos moderados, el 4% elevados, y el 13% severos. En la misma línea, Kadambi y Truscott (2004), hallaron que el 20.8% mostraba una afectación moderada-severa. Finalmente, en el estudio de Nyagaya et al. (2014), el 48.2% de los psicoterapeutas mostraba niveles de TS elevados, siendo los más comunes los pensamientos intrusivos (40.9%) y la reexperimentación (33.9%). En línea con lo descrito anteriormente, es importante señalar que, aunque en todos los estudios se solicitaba a los participantes que respondieran a la escala basándose en el trauma derivado de la práctica profesional, la elevada prevalencia de historias personales de trauma entre los profesionales podría ser una variable que incidiera en la sintomatología descrita, de manera que reflejara síntomas primarios en lugar de secundarios. Por ejemplo, en el estudio de Cieslak et al. (2013) el 44% de los profesionales estaban o habían estado alistados en el ejército, y el 19% habían participado en despliegues militares. Todos los participantes referían haber vivido, al menos, un evento traumático, con

un promedio de tres. De esta manera, es posible que estos profesionales refieran síntomas derivados de la experiencia directa.

En los estudios se describen diversos factores de riesgo y de protección que parecen incidir en el desarrollo del trauma secundario y su severidad. Sin embargo, no es posible extraer conclusiones firmes sobre su influencia debido a la variabilidad e inconsistencia de los datos (ver Tabla 4).

Tabla 4

Factores de Riesgo y Protección para el Desarrollo del Trauma Secundario

Estudio	Variables personales			Variables organizacionales					SC
	Género	Trauma previo	Exp.	Exp. al trauma	Carga de trabajo	Apoyo y Superv.	Form.	AC	
Buchanan et al. (2006)		●			●				
Cieslak et al. (2013)		●		●	●				
Diehm et al. (2019)	×	●	×	●	×	+			
Kadambi et al. (2004)		×	●	×		×	×		
Newman et al., 2019		●	+				+	+	
Maguire et al. (2017)	×	●	×						
Way et al. (2004)		×	●					+	
Carmel et al. (2009)	×		×						
Furlonger et al. (2013)	×		×		●				
Olivares et al. (2007)			×			+	×	+	
Makadia et al. (2017)	×	×		●	●	×	+		
Newman et al. (2019)			+			+	+		
McLean et al. (2013)			+		●				
Castelli et al. (2015)						+	+		
Manning-Jones et al. (2017)	×								+
Tominaga et al. (2019)						×	×		
Kintzle et al. (2013)						+			

Nota. × Ausencia de relación, + Relación inversa; ● Relación; Exp. (Años de experiencia); Exp. al trauma (Exposición al trauma); Superv. (Supervisión); AC (autocuidado); SC (Satisfacción por Compasión).

En cuanto a las consecuencias sobre el bienestar del TS, más allá de la sintomatología TEP, Robinson-Keilig (2014) describe el impacto en las relaciones interpersonales (e.g. menor intimidad social, patrones comunicativos evitativos). Otro tipo de afectación frecuente es la relativa al desempeño profesional, destacando el detrimento de la relación terapéutica (Kintzle et al., 2013), y desapego hacia los clientes, insensibilidad emocional, irritabilidad y deseo de evitar el trabajo con algunos usuarios (Bride et al., 2009).

En suma, la evidencia muestra que, si bien la mayoría de los profesionales no presenta síntomas de TS o estos son de carácter subclínico, aproximadamente la mitad de ellos refiere, al menos, un síntoma postraumático y, de modo general, en torno al 20% presenta síntomas suficientes para satisfacer los criterios diagnósticos del TEP.

Tabla 5*Descripción de los Artículos sobre STSS Incluidos en la Revisión.*

Estudio	RR	Escala	N	Ámbito	ED	País	Sexo		A.E	Objetivo	TS.
							H	M			
Olivares et al. (2007)	-	STSS	113	Clínica	23-77	Chile	36	77	-	Relacionar la STS con la depresión y estrategias de autocuidado	Bajo
Bride et al. (2009)	24%	STSS	225	Sustancias	56	EE. UU.	92	133	23	Determinar el nivel de STS y su preparación para trabajar con trauma.	Bajo
Carmel et al. (2009)	16.8%	IES-R	106	VS (A)	46.11	EE. UU.	50	56	11.61	Analizar cómo influyen las características del terapeuta en su relación con clientes que han cometido agresión sexual.	Subclínico
Cieslak et al. (2013)	-	STSS	224	Militar	48.92	EE. UU.	75	149	16.4	Analizar la relación entre trauma indirecto y STS.	Bajo
Guerra et al. (2015)	49.3%	STSS	259	ASI	33.3	Chile	69	180	-	Comparar el STS entre psicólogos en ASI y generalistas.	Bajo
Makadia et al. (2017)	-	STSS	564	Estudiantes	29.84	UK	-	-	-	Analizar la relación entre la exposición al trauma y el bienestar	Bajo
Manning-Jones et al. (2017)	-	STSS	365	Sanitarios	48.2	NZ	65	300	17.2	Investigar si la relación curvilínea es la que mejor explica el PTG.	Bajo
Robinson-Keiling (2014)	-	STSS	320	Clínico	51.20	EE. UU.	67	249	17.84	Explorar disrupciones en el funcionamiento interpersonal en terapeutas STS.	Bajo
Diehm et al. (2019)	-	STSS	78	Clínico	42.85	Australia	13	65	12.84	Examinar si los factores personales y organizacionales se asocian con un incremento en STS y factores asociados.	Bajo
Kadambi et al. (2003)	43%	IES	91	VS (A)	41	Canadá	42	49	-	Determinar si los terapeutas que trabajan con agresores sexuales muestran signos de TV y analizar si hay relación entre burnout y TS.	Subclínico
Way et al. (2004)	23%	IES	347	VS	45,6	EE. UU.	137	210	-	Analizar si existen diferencias en el TV en terapeutas que trabajan con víctimas y los que trabajar con agresores.	Subclínico
McLean et al. (2003)	61%	IES	116	Clínico	25-45	Australia	31	85	11	Examinar la asociación entre las creencias del terapeuta y cuatro variables asociadas al TS.	PTSD parcial
Buchanan et al. (2006)	34%	IES-R	280	Clínico	43	Canadá	45	235	11	Estudiar el nivel de STS de los terapeutas y explorar si el contexto laboral y el tipo de clientes.	Riesgo PTSD
Furlonger et al. (2013)	50.7%	IES-R	38	Social	36.7	Australia	13	25	4.2	Examinar la relación entre la supervisión y el TS.	Subclínico
Kadambi et al. (2004)	39%	IES	86	VS	42	Canadá	35	186	6,72	Investigar el TV y el STS.	Subclínico
Kintzle et al. (2013)	37%	IES	64	Psicooncología	42	Canadá	35	186	6,72	Investigar el TV y el STS.	Bajo
Kintzle et al. (2013)	35%	STSS	70	Militar	42.93	-	70	30	14.36	Explorar el nivel de STS.	Bajo
Heeb et al. (2011)	33.5%	IES-R	297	Clínico	-	Suiza	-	-	-	Evaluar las propiedades psicométricas de la versión francesa del IES-R.	Subclínico
Newman et al. (2019)	79.4%	IES-R	135	Clínico	-	Australia	42	90	-	Determinar la incidencia de TV.	Subclínico
Tominaga et al. (2019)	21.7%	IES-R	165	Emergencias	-	Japón	65	165	36.1	Examinar las características y factores asociados al PTG, STS y síntomas TEP.	Alto
Castelli et al. (2015)	23.6%	IES-R	666	Clínico	45.7	Suiza/ Italia	235	431	18.9	Identificar perfiles profesionales tras el suicidio de un paciente para analizar la severidad de sus reacciones y variables que influyan en esto.	Subclínico
Guerra et al. (2009)	-	STSS	43	Clínico	30.22	Chile	0	9	4.89	Evaluar la efectividad de un taller de autocuidado en psicólogos con alto STS.	Severo
Nyagaya et al. (2014)	-	STSS	302	Clínico	-	Kenia	-	-	-	Analizar la prevalencia de STS en psicoterapeutas en Kenia.	Bajo- Moderado

Nota. RR (Ratio de Respuesta); Ámbito: VS (Violencia sexual), A (agresores), ASI (abuso sexual infantil); ED (Edad); País: UK (Reino Unido); NZ (Nueva Zelanda); A. E. (Años de experiencia); PTG (Crecimiento postraumático)

Fatiga por Compasión

Este constructo fue evaluado en todos los estudios a través del instrumento *Professional Quality of Life* (PROQOL, Stamm, 2005). Esta escala valora la calidad de vida profesional, entendida como el compendio de los efectos positivos (satisfacción por compasión) y los negativos (fatiga por compasión, compuesta por *burnout* y trauma secundario) del trabajo en el ámbito del cuidado. Se compone de 30 ítems en los que se solicita al participante que describa en una escala Likert de 5 puntos (1 = nunca, 5 = muy a menudo) diferentes aspectos relacionados con su experiencia laboral durante los últimos 30 días. Algunos ejemplos de los ítems correspondientes a cada una de las subescalas son: “*Me satisface poder ayudar a las personas*” (Satisfacción por Compasión, SC), “*Siento que estoy atrapado/a en mi trabajo*” (*Burnout*), y “*Siento como si estuviera experimentando el trauma de alguien a quien he ayudado*” (Fatiga por Compasión o Trauma Secundario). Esta medida se ha actualizado a lo largo del tiempo, dando lugar a distintas versiones del instrumento, las cuales, si bien no difieren en contenido, sí han cambiado sus normas de corrección e interpretación, tal y como expondremos en detalle más adelante en el apartado de metaanálisis. A nivel psicométrico, la escala ha demostrado una buena fiabilidad ($\alpha = .88 - .75$). Al igual que sucedía con las escalas de trauma secundario, la PROQOL tampoco debe ser considerada como herramienta diagnóstica. Su objetivo es advertir a los profesionales de potenciales situaciones de riesgo laboral y, así, poder tomar medidas tempranas y reducir su impacto. De este modo, las interpretaciones del riesgo de FC deben interpretarse siempre bajo este prisma (ver Tabla 6).

En relación con la prevalencia de la FC, los resultados parecen indicar una afectación baja-media, con estudios reportando una incidencia de entre el 13% (Sprang et al., 2007) y el 46.8% (Posselt et al., 2018) en los profesionales que conforman los estudios incluidos. En este caso, los niveles más elevados de fatiga se observan en los estudios de Kjellenberg et al. (2014) con víctimas de tortura, Posselt et al. (2018) con refugiados, y Somoray et al. (2016) en ONGDs, todos ellos asociados al trauma; observándose niveles más moderados en el ámbito clínico/sanitario. Esta cuestión es interesante, dado que la escala PROQOL valora bajo la misma escala la fatiga por compasión y el trauma secundario. Aunque ningún estudio proporciona información concreta sobre la frecuencia de respuesta a cada uno de los ítems, sería interesante examinar si estas puntuaciones más elevadas en FC obedecen a una

mayor tasa de respuesta a los ítems que valoran síntomas TEP, y que solo serían respondidos por los profesionales más vinculados con el trauma.

De cualquier modo, la severidad de la FC se encuentra mediada por la confluencia de factores de riesgo laborales, organizacionales y personales. De los primeros, la variable que parece predecir con mayor intensidad la sintomatología de agotamiento emocional es la cantidad de exposición al sufrimiento (Laverdière et al., 2019; Linley & Joseph, 2007; McKim & Smith-Adcock, 2014), medida a través del número de usuarios atendidos, horas dedicadas a la atención psicológica, homogeneidad de los casos (i. e. trabajar únicamente con trauma), o la longevidad de la carrera profesional. Este último es un factor de riesgo recurrente en la literatura, sin embargo, al contrario de lo que sucede con el TS y el TV, en la FC no ha generado tanta evidencia. De hecho, en este caso, algunos estudios describen una correlación inversa entre la severidad de la fatiga y los años de experiencia, argumentando que la exposición acumulada genera un nivel de gratificación más profundo al hacer psicoterapia (Laverdière et al., 2019).

En cuanto a las variables de riesgo del terapeuta, se encontraron, de nuevo, resultados dispares. En primer lugar, se ha señalado tradicionalmente a las mujeres como una población más vulnerable a los efectos de la fatiga por compasión. Sin embargo, en esta revisión no se encontraron resultados concluyentes, pues mientras que algunos estudios no encuentran relación alguna entre ambas variables (Connally, 2012; Laverdière et al., 2019; Ray et al., 2013; Thompson et al., 2014), otros trabajos sí advierten de esta, concretamente, dos artículos. Sprang et al. (2007), examinaron la relación entre CF, CS y *burnout* en una muestra de profesionales en contextos rurales del sur de EE. UU. Estos autores hallaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones del PROQOL, sin embargo, en términos absolutos la diferencia es de 1,3 puntos [mujeres ($n=737$), $M=11$, $SD=6.5$; hombres ($n=321$), $M=9.8$, $SD=6.1$], cuya interpretación conforme a las indicaciones del manual no varía en cuanto a nivel de riesgo (*bajo*) en ninguna de las versiones de la escala. Igualmente, Rossi et al. (2012), analizaron la calidad de vida profesional en SM comunitaria, encontrando que las mujeres ($n=166$) presentaban mayor riesgo que los hombres ($n=83$) de desarrollar FC. Adicionalmente, observaron que cada año trabajado y el haber vivido una experiencia vital estresante en los últimos 12 meses eran factores que contribuían a incrementar este riesgo. Lamentablemente, en este estudio no se

desglosan estas variables en cuanto al sexo y no es posible determinar, desde la perspectiva de género, si estas se encuentran más presentes en hombres o mujeres y, por consiguiente, si pudieran estar mediando en el impacto de la fatiga.

Otro factor personal de interés es la historia previa de trauma. De modo general, las experiencias adversas parecen incrementar el riesgo de FC (Kjellenberg et al., 2014; La Mott & Martin, 2019; Ray et al., 2013; Somoray et al., 2017). No obstante, también parecen asociarse a mayores niveles de satisfacción por compasión (Linley & Joseph, 2007; McKim & Smith-Adcock, 2014), es decir, la gratificación que experimenta el profesional al ayudar a los demás (Stamm, 2005). El padecimiento de problemas psicológicos o traumas en los profesionales del cuidado es una cuestión que se ha explorado desde el prisma clínico bajo la denominación del “sanador herido” (Gelso & Hayes, 2007). La investigación señala que estos terapeutas se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad a experimentar efectos negativos derivados de su práctica profesional, tales como contratransferencia o FC, TV, y TS (Kern, 2014; Zerubavel & Wright, 2012), pero, a su vez, se han destacado los efectos positivos que pueden tener en el proceso terapéutico (e.g. entendimiento más profundo de la problemática, mayor empatía, más paciencia con el enlentecimiento o bloqueo de los avances). Siguiendo esta argumentación, el efecto protector de la historia previa de trauma podría obedecer a su relación con el crecimiento postraumático¹ (PTG).

La satisfacción por compasión se describe en todos los estudios como un potente factor de protección que se asocia significativa e inversamente con la FC y el *burnout*, independientemente del contexto profesional y de la concurrencia de otras variables de riesgo (Beaumont et al., 2016; Posselt et al., 2019; Ray et al., 2013; Somoray et al., 2017). La SC se exploró a través de las creencias del profesional sobre su trabajo, el significado atribuido a la atención psicológica y los esfuerzos realizados para procurar los servicios psicológicos de calidad. Se encontraron mayores niveles de SC en los profesionales que emplean más estrategias de afrontamiento positivas como hablar con otros sobre el estrés generado por el trabajo, el ejercicio o la espiritualidad (Jacobson, 2012), recibir terapia personal (Linley & Joseph, 2007; McKim & Smith-Adcock, 2014), el autocuidado (La Mott

¹ Cambios psicológicos que se producen como consecuencia de haberse enfrentado a situaciones vitales adversas y haberlas superado, integrando la experiencia traumática en la propia historia vital (Tedeschi & Calhoun, 2004).

& Martin, 2019), la autocompasión (Beaumont et al., 2016) y recibir formación específica (Kjellenberg et al., 2014; Sprang et al., 2007). Además, los entornos laborales sanos también incrementan la satisfacción: percibir control sobre el entorno laboral (Laverdière et al., 2019; McKim & Smith-Adcock, 2014; Thompson et al., 2014), el sentimiento de pertenencia a la organización (Somoray et al., 2017), contar con la posibilidad de acceder a supervisión (Jacobson, 2012; Linley & Joseph, 2007) o ejercer conforme a ciertas orientaciones teóricas en las que se aboga por el cuidado del bienestar psicológico del profesional como las terapias humanistas o transpersonales (Linley & Joseph, 2007) frente a otras corrientes como la psicodinámica (Laverdière et al., 2019).

En conclusión, los estudios indican que, de modo general, los profesionales que se dedican al cuidado se encuentran en riesgo de experimentar malestar psicoemocional como consecuencia de su trabajo, especialmente cuando los contextos laborales dificultan la expresión del estrés. Sin embargo, se observa una satisfacción generalizada que podría reducir el impacto de los estresores laborales (Kjellenberg et al., 2014; Laverdière et al., 2019; Newell & MacNeil, 2011; Somoray et al., 2017).

Tabla 6
Descripción de los Artículos sobre Fatiga por Compasión Incluidos en la Revisión.

Estudio	RR	Escala	N	Ámbito	ED	País	Sexo			Objetivo	Riesgo*		
							H	M	A.E		Stamm		De la Rosa et al. (2018)
											2005	2010	
Beaumont et al. (2016)	-	PROQOL	54	Estudiantes	-	UK	-	-	-	Analizar la relación entre autocompasión, bienestar, FC y BO en estudiantes de <i>counseling</i> y estudiantes de psicoterapia CBT	Alto	Bajo	Alto
Connally (2012)	57%	PROQOL	63	Clínico	39,4	EE. UU.	17	18	-	Explorar la relación entre el STS en clínicos y su sexo, etnia e identidad sexual	Bajo	Bajo	Bajo
Carmel et al. (2009)	16.8%	PROQOL	106	VS (A)	46.11	EE. UU.	50	56	11.61	Analizar cómo influyen las características del terapeuta en su relación con clientes que han cometido agresión sexual.	Medio	Bajo	Bajo
Jacobson (2006)	45,2%	PROQOL	325	Crisis	50,05	EE. UU.	143	181	-	Examinar el nivel de riesgo de FC, BO y CS en una muestra de profesionales y analizar qué estrategias de afrontamiento correlacionan más positivamente con CF y BO, y CS.	Bajo	Bajo	Bajo
Linley et al. (2007)	40%	PROQOL	156	Clínico	53,67	UK	34	112	15,1	Explorar los efectos positivos (crecimiento personal, CS) y los negativos (CF, BO) en terapeutas	Bajo	Bajo	Bajo
McKim et al. (2014)	17%	PROQOL	98	Clínico	-	EE. UU.	25	73	-	Examinar las condiciones laborales y las del profesional para determinar su influencia en la FC y CS.	Bajo	Bajo	Bajo
La Mott & Martin (2017)	-	PROQOL	371	Trauma	41,12	EE. UU.	22	349	-	Examinar los efectos moderadores del autocuidado en los efectos derivados de trabajar con el cuidado	Alto	Bajo	Medio
Newmeyer et al. (2016)	-	PROQOL	46	Trauma	22-70	Rumanía	15	31	-	Entender el impacto de trabajar con comunidades traumatizadas.	Alto	Bajo	Medio
Rossi et al. (2012)	84%	PROQOL	260	Clínico	-	Italia	83	166	-	Evaluar el BO, CF y CS en el personal de un centro de salud mental ubicado en Verona	Bajo	Bajo	Bajo
Somoray et al. (2016)	41%	PROQOL	156	ONG	44,6	Australia	28	124	5,06	Investigar el rol de los rasgos de personalidad y el sentimiento de pertenencia al trabajo en relación con la calidad de vida profesional	Alto	Bajo	Alto
Sprang et al. (2007)	19,5%	PROQOL	1121	Clínico	45,22	EE. UU.	321	737	13,92	Explorar el grado en que la FC, CS y BO varían en función de las características del profesional.	Bajo	Bajo	Bajo
Kjellenberg et al. (2014)	50%	PROQOL	69	Tortura	50,36	Suecia	17	52	9,47	Evaluar el impacto del trabajo con víctimas de guerra y tortura.	Alto	Alto	Alto
Laverdière et al. (2018)	-	PROQOL	240	Clínico	42	Canadá	9	33	13	Analizar CS, CF y BO, y examinar las condiciones laborales, las conductas de autocuidado y la empatía como factores relacionados.	Alto	Bajo	Medio
Ray et al. (2013)	42%	PROQOL	169	Salud Mental	43,8	EE. UU.	31	138	17,23	Determinar la relación entre CS, CF y BO, y las condiciones laborales de los profesionales.	Bajo	Bajo	Bajo
Newell et al. (2011)	42%	PROQOL	167	Salud Mental	46	EE. UU.	2	117	-	Examinar el BO, CF y CS en una muestra de profesionales de SM en un centro de veteranos.	Bajo	Bajo	Bajo
Lawson et al. (2011)	51.7%	PROQOL	506	Clínico	49.9	EE. UU.	126	380	13,6		Bajo	Bajo	Bajo
Thompson et al. (2014)	-	PROQOL	213	Salud Mental	-	EE. UU.	51	162	12,58	Usar el modelo transaccional del estrés para explorar los factores de riesgo de BO y la FC	Alto	Alto	Alto
Posselt et al. (2018)	-	PROQOL	50	Refugiados	41	Australia	11	36	5,62	Explorar el impacto de trabajar con refugiados.	Alto	Medio	Alto
Tominaga et al. (2019)	51,7%	PROQOL	230	Catástrofes	36,1	Japón	68	165	> 4	Analizar qué factores y características se asocian a STS, PTSD y PTG tras la exposición indirecta a situaciones traumáticas.	Alto	Bajo	Medio
Cetrano et al. (2017)	87%	PROQOL	400	Clínico	-	Italia	9	299	-	Investigar si la calidad de vida profesional influye en la aparición de CF, BO y CS.	Medio	Bajo	Bajo
Jacobson (2012)	45.2%	PROQOL	325	Organizaciones	50,6	EE. UU.	143	181	-	Analizar la prevalencia del riesgo de FC y BO y explorar qué características predicen dicho riesgo.	Bajo	Bajo	Bajo
Samios et al. (2012)	51.2%	PROQOL	61	VS (V)	42,39	Australia	10	51	-	Examinar el rol protector del PTG en relación con el STS y el ajuste en profesionales que trabajan con víctimas de violencia sexual.	Alto	Bajo	Medio

Nota 1. RR (Ratio de Respuesta); Ámbito: VS (Violencia sexual), A (agresores), ASI (abuso sexual infantil); ED (Edad); País: UK (Reino Unido); NZ (Nueva Zelanda); A. E. (Años de experiencia).

* Se describen los niveles de riesgo de FC según las diferentes normas de interpretación ofrecidas por el manual de la PROQOL (Stamm, 2005, 2010) y la propuesta de De la Rosa et al. (2018). La actualización del manual dio lugar a un cambio significativo en las puntuaciones de corte, dando lugar a grandes diferencias interpretativas entre la versión de 2005 y de 2010. De la Rosa et al. (2018) proponen, a partir de una revisión sistemática, unas puntuaciones de corte intermedias que disminuyen el riesgo de sobre/infraestimación del riesgo.

Traumatización vicaria

El instrumento de evaluación del trauma vicario es el *Traumatic Stress Institute Belief Scale* (TSI, Pearlman, 1996), cuyo fin es valorar las disrupciones cognitivas en las cinco áreas de necesidades psicológicas establecidas en el modelo teórico subyacente y que se consideran sensibles a las experiencias traumáticas: confianza, seguridad, intimidad, estima y poder. Se compone de 80 ítems distribuidos en una escala Likert de 6 puntos, que dan lugar a diez subescalas. No existe información publicada sobre el análisis de sus componentes principales, estableciéndose para su interpretación que, puntuaciones más elevadas, son indicativas de mayor disrupción. La consistencia interna de este instrumento es excelente ($\alpha = .98$), con una fiabilidad de sus subescalas oscilando entre .77 y .91. Posteriormente, se publica una revisión de la TSI, bajo la denominación *Trauma and Attachment Belief Scale* ([TABS], Pearlman, 2003). En este caso, la medida se compone de 84 reactivos con seis opciones de respuesta, dando lugar, de nuevo, a 10 subescalas. En términos psicométricos, la TABS es similar a su antecesora, habiendo mostrado una consistencia interna excelente ($\alpha = .96$) y una fiabilidad muy buena para el rango de subescalas (.77 a .91). Igualmente, mayores puntuaciones indican mayor nivel de alteración de los esquemas.

El nivel de trauma vicario presente en los estudios incluidos es, generalmente, bajo, situado en torno al 5% (Kadambi & Truscott, 2004). Si bien todo parece indicar que la afectación general se mantiene en niveles subclínicos, las subescalas con puntuaciones más elevadas en los estudios incluidos eran las relacionadas con la seguridad propia y de los demás. En la Tabla 7 se exponen los estudios sobre trauma vicario incluidos.

Atendiendo a los factores de riesgo, en el TV concurren las mismas casuísticas descritas anteriormente en la FC y en el TS. Con respecto al nivel de exposición, cabe recordar que el modelo teórico subyacente al trauma vicario establece que, la exposición reiterada a las narraciones traumáticas genera, por efecto acumulativo, alteraciones en los esquemas cognitivos y creencias básicas del profesional. La exposición se midió en los estudios incluidos a través de la edad del terapeuta, los años de experiencia y la carga de trabajo (número de pacientes o clientes atendidos por semana), los estudios incluidos en la revisión no proporcionan resultados concluyentes. En este sentido, mientras que Pearlman y MacIan (2005), con una muestra de terapeutas especializados en trauma, y Williams et al.

(2012), en un grupo de profesionales al servicio de víctimas de violencia sexual y doméstica, sí advierten de la relación entre ambas variables, Kadambi y Truscott (2003) también con profesionales que asistían a víctimas de violencia sexual, y Makadia et al. (2017), en una muestra de estudiantes de psicología clínica, no hallaron relación entre la experiencia profesional y las cogniciones del terapeuta. Este último estudio advierte que es posible que sus participantes no presentaran sintomatología relevante debido al escaso tiempo de exposición al trauma (en torno a 6 meses). Con todo, ningún modelo teórico estipula un periodo de tiempo necesario para el desarrollo de esta casuística. Por otro lado, algunos estudios advierten, incluso, de una relación inversa. Trippany et al. (2003), en una muestra compuesta por terapeutas de víctimas de violencia sexual, encontraron que, aquellos profesionales con carreras más longevas presentaban menos interrupciones cognitivas, y Baird et al. (2003), señalan que, a mayor número de clientes, menos síntomas. Pese a que no se proporciona una explicación para esta casuística, pudiera ser que la exposición reiterada generara en el terapeuta una habituación a los estímulos, de manera que su respuesta emocional se atenuaría a lo largo del tiempo.

Otra de las variables que más atención ha suscitado como potencial moderadora de la distorsión de las cogniciones es el tipo de cliente, hipotetizándose que hay poblaciones que son capaces de generar más daño en los terapeutas (p.e. niños). Sin embargo, en los estudios incluidos, solo dos contemplaban esta contingencia, y ninguno encontró relación. Concretamente, Kadambi y Truscott (2003) no hallaron diferencias en las puntuaciones del TSI entre terapeutas que trabajaban con víctimas de violencia sexual y terapeutas generalistas, ni tampoco entre generalistas, terapeutas de agresores sexuales y psicooncólogos (Kadambi & Truscott, 2014). Igualmente, Trippany et al. (2003) encontraron niveles similares de afectación entre terapeutas que trabajan con víctimas adultas e infantiles de violencia sexual, identificando, en este caso, que la única variable que mediaba en la severidad del malestar del terapeuta, era su propia historia previa de trauma. En este sentido, la historia de trauma personal del profesional vuelve a ser una variable de interés que, en este caso, se observa más consistente entre los estudios. Así, Pearlman y MacIan (1995) encontraron que, aquellos terapeutas que habían vivido situaciones traumáticas presentaban alteraciones cognitivas más graves; Kadambi y Truscott (2003) observaron que, pese a no ser una relación significativa, los profesionales con historial de trauma puntuaban más alto

en el TSI, al igual que Williams et al. (2012) y Trippany et al. (2003), pero en este último caso, solo se observaba relación en terapeutas mujeres.

En cuanto a los factores de protección, se encuentran algunos de los anteriormente mencionados: formación específica de calidad (Makadia et al., 2017), y la ventilación emocional, bien a través de la supervisión (Furlonger et al., 2013) o mediante el apoyo de los compañeros. En este sentido, Kadambi y Truscott (2003) advierten de la importancia de percibir que se cuenta con un espacio seguro en el que compartir la carga psicológica y emocional de la labor terapéutica (p.e. *debriefings*, reuniones de grupo), especialmente cuando la población con la que se trabaja se encuentra altamente estigmatizada (e.g. agresores sexuales). Por su parte, McLean et al. (2003) añaden el papel de las creencias y expectativas del profesional sobre la atención psicológica, una variable escasamente estudiada en este ámbito, encontrando que aquellos terapeutas que las distorsiones cognitivas sobre el proceso terapéutico (p.e. visión catastrófica, perfeccionismo, pensamiento absoluto) constituían el predictor más potente de TV y *burnout*, por encima de las variables personales y contextuales tradicionalmente asociadas a dichos constructos. Finalmente, Želeskov-Đorić et al. (2012) subrayan la importancia de los recursos propios del terapeuta, aludiendo a la resiliencia y al significado personal como variables que correlacionan negativamente con las puntuaciones de TV. De este modo, los autores concluyen que el significado que la labor terapéutica tiene para el profesional constituye un mediador importante en los efectos de la traumatización vicaria. Si bien los conceptos de crecimiento postraumático y significado parecen haberse mostrado como factores que pueden paliar la erosión asociada al cuidado en los estudios de Fatiga por Compasión, no es un tema que haya suscitado atención suficiente en el ámbito del trauma vicario o secundario, a pesar del elevado nivel de solapamiento entre todos estos constructos.

Con todo, los estudios señalan como limitaciones las dificultades inherentes al propio instrumento de medida en relación con su sensibilidad. La última revisión, parece no ser capaz de discriminar entre grupos profesionales que se ha hipotetizado que deberían presentar sintomatología TV debido a su trabajo. Adicionalmente, esta escala parece mostrar mayor correlación con las medidas del *burnout* (e.g. MBI) que con medidas de evaluación del TEPT (Kadambi & Truscott, 2004), lo que sugiere la existencia de limitaciones psicométricas relevantes a la hora de valorar este constructo.

Tabla 7*Descripción de los Artículos sobre TV Incluidos en la Revisión*

Estudio	RR	Escala	N	Ámbito	ED	País	Sexo		A.E	Objetivo
							H	M		
McLean et al. (2003)	61%	TSI	116	Clínico	25-45	Australia	31	85	11	Examinar la asociación entre las creencias del terapeuta y cuatro variables asociadas a TV.
Trippany et al. (2003)	31.7%	TSIBS-L	48	VS	24-68	EE. UU.	0	48	7,11	Analizar la influencia de variables personales y laborales en terapeutas, y explorar si hay diferencias en trabajar con menores o adultos.
Kadambi et al. (2003)	43%	TSIBS-L	91	VS	41	Canadá	42	49	-	Estudiar la presencia de TV, los factores de riesgo y protección y su relación con el BO.
Pearlman & MacLan (1995)	32%	TSIBS	188	Trauma	43	EE. UU.	52	136	9,59	explorar la relación entre aspectos de la terapia para el trauma, aspectos del terapeuta, y el estado psicológico del terapeuta.
Furlonger et al. (2013)	50.7%	TABS	38	Trauma	36,7	Australia	13	25	4,2	Investigar los efectos de la supervisión en el manejo del TV.
Kadambi et al. (2004)	45%	TSI	221	VS Psicooncología Clínico	42	Canadá	35	186	11,49	Estudiar los síntomas de TV y STS.
Birck et al. (2001)	75%	TSIBS	25	Tortura	-	Alemania	10	15	5,9	Analizar el BO, STS y CS en el ámbito de la atención a víctimas de tortura.
Zeleskov et al. (2012)	-	TABS	68	Trauma	-	Serbia	20	48	13	Investigar la relación entre resiliencia, significado personal y TV en terapeutas de trauma.
Baird et al. (2003)	50-100	TSIBS	101	VS/VG	21-65	EE. UU.	4	96	-	Explorar TV, STS y BO y sus factores de riesgo.
Williams et al. (2012)	39,4%	TABS	131	Clínico	42,18	EE. UU.	48	83	10,31	Testar un modelo comprensivo sobre los factores que contribuyen al desarrollo del TV en terapeutas.
Makadia et al. (2017)	33.3%	TABS	564	Clínico	-	UK	57	507	-	Evaluar cómo afecta la exposición al trauma a psicólogos en formación, la relación entre la exposición al trauma y alteraciones psicológicas y qué modelo teórico explica mejor este fenómeno.

Nota. RR (Ratio de respuesta); Ámbito: VS (Violencia sexual), A (agresores), ASÍ (abuso sexual infantil); ED: Edad; A.E.: Años de Experiencia.

METAANÁLISIS

Trauma Secundario

Un total de 21 estudios proporcionaban información sobre la relación entre dispensar atención psicológica y experimentar trauma secundario, siendo la escala más empleada la STS de Bride ($k = 12$), seguido de la IES-R ($k = 6$) y la IES ($k = 4$). En lo tocante a la STSS (Bride et al., 2004), las puntuaciones promedio indicaban que los profesionales presentaban, generalmente, una sintomatología baja ($M = 32,80$, $IC95\% = 29,77-35,83$), siguiendo las normas de interpretación propuestas por el autor ($<28 =$ muy baja; $29-37 =$ baja; $38-42 =$ moderada; $44-48 =$ alta, $>49 =$ severa).

Se identificaron 4 estudios que empleaban la IES. Los profesionales obtuvieron una puntuación promedio de 20,87 ($IC95\% = 16,20-25,54$), indicando un nivel de afectación leve ($0-8 =$ subclínico; $9-25 =$ leve; $26-43 =$ moderado; $>44 =$ severo), no llegando a la puntuación de corte de 26 sugerida.

Finalmente, 6 estudios utilizaban la IES-R para valorar la sintomatología postraumática. La puntuación promedio en este caso fue de 17,51 ($IC95\% = 8.62-26.40$). Pese a que no existe una puntuación de corte específica para esta escala, se ha establecido que puntuaciones elevadas en el total de la escala serían indicativo de estrés, habiéndose propuesto una puntuación de corte directa ≥ 26 como indicativo de riesgo de STS (Buchanan, Anderson, Uhlemann, & Howewitz, 2016).

Fatiga por Compasión

El metaanálisis, realizado con 21 estudios, dio lugar a una puntuación promedio de 19,07 ($IC95\% = 15,969-22,180$). La interpretación de esta escala ha sido modificada en cada actualización de su manual de referencia, habiéndose proporcionado diferentes puntuaciones de corte que han dado lugar a interpretaciones diferentes. Así, tomando en consideración las normas de corrección inicialmente propuestas por Stamm (2005), los profesionales presentarían un riesgo elevado de FC (puntuación de corte = 17), mientras que si consideramos la última versión del manual (Stamm, 2010), el riesgo de FC sería inexistente, ya que la puntuación de corte se establecería en 22 puntos. Esta dificultad fue advertida por De La Rosa, Webb-Murphy, Fesperman, y Johnston (2018) quienes, tras una revisión de 30 estudios que empleaban esta escala encontraron que las puntuaciones de corte propuestas

podrían no ser del todo precisas, sugiriendo unos nuevos valores derivados del promedio de los estudios analizados (ver Tabla 8). En este trabajo, se tomará como referencia las puntuaciones propuestas por estos autores, tal y como hicieron estudios previos (e.g. Laverdière et al. 2019), al considerar que los valores de 2005 son demasiado bajos y podrían dar lugar a una sobreestimación de la prevalencia de FC, y que las de 2010 son demasiado restrictivas, pudiendo subestimar la ocurrencia efectiva de este fenómeno. En suma, partiendo de estos valores, el promedio de las puntuaciones obtenidas en el metaanálisis apunta que los profesionales que trabajan con sufrimiento presentarían un riesgo medio de experimentar fatiga por compasión.

Tabla 8

Puntuaciones de Corte de la Subescala Fatiga por Compasión/Trauma Secundario.

Valor	Stamm (2005)	Stamm (2010)	De la Rosa et al. (2018)
Elevado	17	42	21
Medio	13	23-41	17
Bajo	8	22	13

Traumatización vicaria

Un total de 7 estudios emplearon el TSIB-S (*Traumatic Stress Institute Belief Scale*, Pearlman, 1996) para analizar las disrupciones en los esquemas cognitivos de los profesionales. Los resultados dieron lugar a una puntuación promedio de 180,09 (IC95% = 155,01-205,16). Los valores de esta escala oscilan entre 80 y 480, considerándose que, a mayor puntuación, mayor afectación. Entre los estudios incluidos, solo dos proporcionaban un desglose de los datos relativos a cada una de las subescalas que conforman este cuestionario (Birck, 2002; Pearlman & Mac Ian, 1995), de modo que no se pudo realizar un análisis pormenorizado de la disrupción de cada uno de los esquemas cognitivos propuestos por las autoras (seguridad, confianza, estima y control).

Por su parte, 4 trabajos emplearon la TABS, la versión actualizada del TSI-BS, reportando un promedio de 144,66 (IC95% = 62,73-226,58). Al igual que en su antecesora, mayores puntuaciones indican mayor riesgo de TV, habiéndose propuesto 50 como puntuación de corte (Pearlman, 2003), sobre la cual, ya se considera una afectación moderada o severa (Iyamuremye & Brysiewicz, 2015). Esta escala requiere una transformación manualizada de las puntuaciones.

En la Tabla 9 se exponen los resultados de los metaanálisis realizados para cada constructo y escala.

Tabla 9
Resultados de los Metaanálisis.

Estudios incluidos		Efecto					Heterogeneidad	
Constructo	Escala	<i>k</i>	<i>M</i>	95% IC		<i>Z</i>	<i>Q-value</i>	<i>I</i> ²
STS	STSS	11	32,80	29,77	35,83	21,209***	2388,175	99,539
	IES-R	6	17,51	8,62	26,40	3,86***	929,708	99,462
	IES	4	20,87	16,20	25,54	8,76***	135,025	97,038
FC/STS	PROQOL	21	19,075	15,969	22,180	12,038***	5894,352	99,661
TV	TSIBS-L	7	180,09	155,01	205,16	14,08***	950,888	99,159
	TABS	4	144,66	62,73	226,58	3,46***	5461,103	99,945

Nota: Esta tabla informa solo de análisis para los que había cuatro o más estudios disponibles.

*** $p < 0.001$

DISCUSIÓN

Numerosas investigaciones han explorado los efectos de la exposición indirecta al trauma y al sufrimiento en diversos colectivos profesionales, especialmente en aquellos relacionados con el contexto sanitario. Sin embargo, resulta llamativa la escasez de estudios centrados específicamente en la figura del psicólogo. Ante la pluralidad de investigaciones realizadas en este ámbito y la carencia de estudios centrados en psicólogos, en esta revisión sistemática se ha tratado de sintetizar la evidencia sobre los efectos de la exposición laboral al sufrimiento (fatiga por compasión, trauma secundario y trauma vicario) en profesionales que dispensan atención psicológica.

En esta revisión se incluyeron 51 artículos (23% considerados “muy buenos”, 45% “buenos” y 31% “satisfactorios”) que proporcionaban información sobre el impacto del cuidado en 10,233 profesionales de la salud mental de diferentes contextos de atención psicológica, incluyendo el ámbito clínico, bélico, paliativo y de violencia interpersonal (e.g. sexual, tortura). Nuestra revisión muestra que, de modo general, la mayoría de los profesionales parecen afrontar adecuadamente el estrés que produce el cuidado psicológico, con niveles de afectación de carácter subclínico. Sin embargo, una parte nada desdeñable presenta alteraciones psicoemocionales y cognitivas significativas como consecuencia de su profesión.

Atendiendo a cada uno de los constructos de interés, el metaanálisis realizado con las tres principales escalas de evaluación del trauma secundario (STSS, IES, e IES-R), muestra que los profesionales de salud mental presentan una sintomatología TEP baja, en línea con resultados previos. Sin embargo, si en lugar de emplear la puntuación de corte examinamos las frecuencias descritas para cada ítem y los algoritmos diagnósticos, se observa que en torno al 20% de los profesionales muestran sintomatología compatible con un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR. Esta cuestión es interesante si tomamos en consideración que la prevalencia estimada de este trastorno en población general se sitúa en torno al 8% (Bryant, 2019). Comparativamente, los datos sobre incidencia del TEP en profesionales se encontraría más cercano a los niveles de población traumatizada (ver p.e. Lewis et al., 2019; Tang et al., 2020). De esta manera, con independencia de las experiencias adversas personales de los profesionales, la presencia de TEP en este colectivo es elevada, lo que podría indicar la influencia de la exposición laboral al sufrimiento en los niveles de trauma.

En lo que respecta a la Fatiga por Compasión, todos los estudios empleaban la PROQOL, escala de referencia para la evaluación de este constructo, encontrando diferencias significativas en la interpretación de la puntuación según el baremo utilizado. En este trabajo, siguiendo la puntuación de corte propuesta por De la Rosa y colaboradores (2018), se observa que los profesionales de la atención psicológica presentan un riesgo medio de desarrollar esta condición. Con todo, pese a esta vulnerabilidad, la literatura evidencia el elevado nivel de satisfacción que experimentan estos profesionales como resultado de su trabajo y que se ha mostrado como un factor de protección ante los efectos negativos. El sentido atribuido a la psicoterapia y la sensación de ayudar a los demás palía el impacto psicoemocional de exponerse al sufrimiento, encontrándose sistemáticamente una relación inversa entre satisfacción y fatiga. Esta cuestión se ilustra a la perfección en dos estudios. En su investigación, Răbu, Moltu, Binder, y McLeod (2016) entrevistaron a 12 terapeutas retirados para conocer el impacto que había tenido su profesión en su vida personal. El tema más frecuente en las entrevistas fue el privilegio de estar cerca de otras personas, destacando el enriquecimiento que tuvo en sus vidas haber tenido la oportunidad de formar parte de la historia de otros, de haber asistido a los procesos de cambio y de haberlos acompañado en momentos de gran sufrimiento. De modo similar, Michalchuk y Martin (2019), entrevistando

a psicólogas especializadas en trauma, encontraron de nuevo el tópico del privilegio, destacando el haber podido ver cómo sus clientes sanaban, y cómo ello constituía una fuente de crecimiento personal y de significado.

Finalmente, en lo que respecta a la traumatización vicaria, las medidas con el TSIBS-L y el TABS indican una afectación leve de los esquemas cognitivos, siendo los más relevantes aquellos relativos a la seguridad propia y de los demás. Tomando en consideración que la mayoría de los estudios incluidos versan sobre violencia interpersonal, es comprensible que los esquemas más alterados sean aquellos que implican la vulneración de la seguridad. De hecho, esta cuestión es coherente con estudios previos que indican que los traumas ocasionados por el ser humano son aquellos que generan mayor daño en las creencias, al evidenciar la crueldad de las personas (Adams et al., 2001; Brady, 1999; Brown, 2006). Aunque el modelo teórico subyacente a este constructo establece que la exposición recurrente a contenido traumático produce, por acumulación, alteraciones graves y duraderas en los profesionales, esta cuestión no pudo ser comprobada en los estudios analizados.

Estudios previos han puesto de manifiesto la dificultad para examinar empíricamente los constructos de trauma secundario, trauma vicario y fatiga por compasión, llegando incluso a dudar de su existencia. En esta revisión destaca la heterogeneidad de los trabajos, en términos de la composición de su muestra, las medidas empleadas, la aproximación conceptual a cada uno de los constructos y las variables analizadas, todos ellos, factores que dificultan enormemente la investigación empírica en este ámbito. Por tanto, en investigaciones futuras se deberían explorar estos constructos empleando definiciones operativas consensuadas, medidas estandarizadas y grupos de comparación, de manera que se superen las limitaciones que han empañado los hallazgos en este ámbito.

Con todo, independientemente de la discusión metodológica que envuelve a estos constructos, la realidad es que parece existir una parte de los profesionales que dispensan atención psicológica que sí se ven afectados por su trabajo, exhibiendo sintomatología que, en todo caso, resulta coherente con las condiciones expuestas. Este malestar, que afecta a todas las esferas de la vida del individuo, se ve agravado, además, por la cultura al estoicismo que subyace al contexto profesional del cuidado y que dificulta la búsqueda de ayuda. El coste de las condiciones descritas no se restringe a la salud del individuo, sino que presenta un carácter sistémico, con costes humanos (p. ej. menoscabo de la atención dispensada),

económicos (e.g. bajas laborales) y organizacionales (i.e. pobre clima laboral, productividad), resultando, todo ello, en una enorme pérdida de recursos (Harrison & Westwood, 2009). De este modo, es necesario seguir explorando empíricamente esta cuestión para dilucidar los mecanismos que subyacen al desarrollo de estos estresores y proponer medidas preventivas o, en su caso, intervenciones dirigidas a minimizar el sufrimiento de estos profesionales. Atendiendo a los factores de protección que la literatura señala, todo parece indicar que la formación específica y la higiene laboral son elementos esenciales en la prevención.

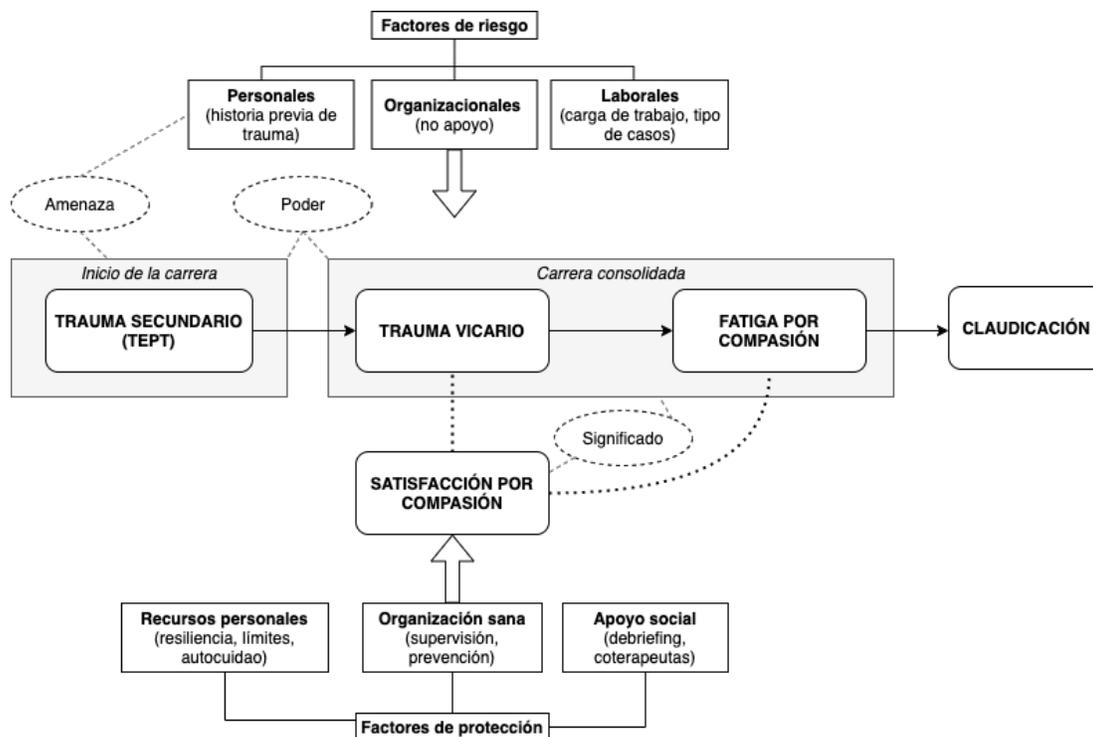
Propuesta de un modelo alternativo. Integración de resultados y marco PAS

A pesar de la ausencia de estudios longitudinales que impiden establecer conclusiones sólidas sobre el mecanismo etiológico de estas condiciones, los modelos teóricos que sustentan los constructos sugieren que su ocurrencia podría tener lugar de manera escalonada (i. e. STS más intensa en terapeutas noveles y con poca experiencia, TV y FC en senior). De este modo, podríamos hipotetizar que estas condiciones constituyeran un proceso en sí mismo (ver Figura 2). En esta propuesta, se plantea que, inicialmente, todos los profesionales que emprenden su carrera en escenarios de alto sufrimiento se encontrarían en riesgo de desarrollar sintomatología postraumática como consecuencia de la exposición a narrativas de gran impacto emocional. De acuerdo con los datos, esta sintomatología sería, normalmente, subclínica. Sin embargo, podría manifestarse de manera más grave en interacción con factores de riesgo personales, organizacionales y laborales, los cuales estarían presentes a lo largo de toda la carrera profesional. Los terapeutas noveles no serían, por tanto, vulnerables al trauma vicario (alteración en las creencias) ni a la fatiga por compasión (entendida como una variación del *burnout*), debido a que no habrían acumulado experiencias indirectas suficientes. Con el avance de su carrera, aparecería el riesgo de desarrollar estas dos condiciones, pero también emergería la satisfacción por compasión como variable amortiguadora de los efectos perniciosos. Así, en la mayoría de los profesionales habría un equilibrio entre los estresores y la satisfacción, dando lugar a afectaciones leves y puntuales. En caso de que los factores de protección sean deficientes y la satisfacción decrezca, el riesgo de experimentar sintomatología severa incrementaría. En último término, se produciría lo que, en este trabajo hemos decidido designar, claudicación. Este concepto, habitual en literatura del cuidado, se define como “la manifestación, implícita

o explícita, de la pérdida de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo a causa de un agotamiento o sobrecarga” (De Quadras et al., 2003, p. 188). Adaptándolo al contexto de los profesionales, la claudicación podría manifestarse a través del abandono simbólico del cliente (e.g. cancelar sesiones, incapacidad para crear alianzas terapéuticas), absentismo, cambio de ámbito profesional y, en último término, abandono del trabajo (Barnett & Hillard, 2001; Williams et al., 2010).

Figura 2

Propuesta de un Modelo Explicativo de los Constructos como un Espectro.



Nota. Elaboración propia.

Como novedad a modelos similares propuestos en el estudio del *burnout*, en este trabajo se integra el marco PAS (Johnstone & Boyle, 2018). Como se expuso anteriormente, este modelo establece que la experiencia de eventos adversos (*amenaza*), y su interpretación e integración en la historia vital, dependen del *significado* que el individuo les atribuye y este, a su vez, viene determinado por el contexto histórico, sociocultural y relacional

(operaciones de ejercicio de poder) en que se ha socializado. Sin embargo, el significado - aunque propio y privado-, al contrario de lo que propone el modelo CSDT para el trauma vicario, no sería del todo individual, sino que se construiría sobre una cultura de significados compartidos. Así, ante un hecho concreto (e.g. narración sobre abuso en la infancia), el terapeuta podría experimentar efectos negativos en dos escenarios: a) haber sido víctima en su infancia (*experiencia de abuso de poder interpersonal, coercitivo y personal*), que generaría malestar psicoemocional (*amenaza*) e interpretaciones de la situación (*significado*); y b) en ausencia de la experiencia propia, el malestar podría producirse por el significado social que este hecho tiene para el individuo y su interrelación con la saliencia de ese esquema (p. ej. impotencia por no poder frenar el sufrimiento, injusticia por aprovecharse de personas indefensas). Desde esta perspectiva, se podría dar una explicación a los resultados contradictorios descritos en la literatura sobre el impacto de la historia personal de trauma en la experiencia de TS, TV y FC. Igualmente, el significado podría ejercer un papel fundamental en el desarrollo de la satisfacción por compasión, al darle un sentido al sufrimiento que entraña, en muchas ocasiones, la labor terapéutica. El significado como elemento catalizador de la transformación de la experiencia adversa en crecimiento ha sido ampliamente descrito en la literatura sobre trauma directo en el marco de las psicoterapias existencialistas (Ai & Park, 2005; Kopacz et al., 2019; Park, 2010; Vos et al., 2015), pero en el ámbito profesional esta variable se ha limitado al significado del trabajo *per se* (Cosden et al., 2016; Musili et al., 2018), en lugar de explorar el significado que las experiencias de los clientes tienen para el terapeuta.

Finalmente, aplicando el marco PAS, es posible reducir la carga patológica inherente a las etiquetas “trauma vicario”, “trauma secundario” y “fatiga por compasión”. Con todos estos constructos corremos el riesgo de patologizar una respuesta emocional normativa del terapeuta ante la exposición a circunstancias excepcionales de sus clientes. Aunque en nuestro marco neoliberal, cuestiones como la afectación emocional puede ser consideradas signos de debilidad, no debemos perder de vista que los profesionales de la atención psicológica se enfrentan a narrativas individuales de sufrimiento extremo que desafían algunas de nuestras asunciones más básicas sobre la sociedad y los seres humanos. Las vivencias adversas de los clientes suponen la confrontación directa entre los esquemas del terapeuta (que le permiten una cierta ilusión de invulnerabilidad y control) y la realidad,

exponiéndolos ante su propia fragilidad. El mundo deja de ser un lugar justo, las personas son dañadas sin motivo, los eventos negativos se distribuyen arbitrariamente, y la maldad es aleatoria (Janoff-Bulman & Morgan, 1994). El marco PAS asume que nuestras reacciones y comportamientos son respuestas comprensibles a nuestras circunstancias, creencias y cultura, incluso aunque sus interrelaciones no siempre sean ni evidentes ni sencillas.

Limitaciones del trabajo

Los resultados expuestos en esta revisión han de ser interpretados con cautela debido a la existencia de una serie de limitaciones que se proceden a describir. En primer lugar, con respecto a la revisión sistemática, se ha de tomar en consideración que todos los estudios incluidos son de tipo transversal, de manera que no es posible establecer relaciones causales entre los resultados. Segundo, las muestras que conforman este estudio se obtuvieron mediante procedimientos no probabilísticos de conveniencia, de manera que, tal y como se advierte en los propios artículos, es posible que exista un sesgo de autoselección de los participantes que pueda tener alguna influencia en los resultados. Finalmente, no fue posible realizar un estudio compuesto únicamente por profesionales de la psicología, tal y como se pretendía inicialmente, de manera que se incluyeron estudios en los que participaban otros profesionales. En lo tocante al metaanálisis, la ausencia de grupos de comparación en los estudios imposibilitó la elaboración de un metaanálisis tradicional. El metaanálisis realizado permite unir las puntuaciones descritas en los estudios para identificar un patrón general, pero no proporciona la potencia del procedimiento tradicional. Por ello, no se pudieron realizar algunos de los análisis propios del metaanálisis (e. g. tamaños del efecto).

Pese a las limitaciones descritas, esta revisión integra, por primera vez, toda la literatura disponible sobre el coste emocional del cuidado en profesionales de la Psicología en formato de revisión sistemática y metaanálisis. Este ejercicio ha permitido visibilizar algunas de las deficiencias metodológicas y conceptuales más significativas en este ámbito, exponiendo la necesidad de plantear investigaciones más homogéneas que permitan desarrollar un cuerpo teórico sólido sobre estos constructos. Adicionalmente, se propone un modelo explicativo de la génesis de estas condiciones desde el metamarco PAS, con el fin de normalizar las respuestas de sufrimiento psíquico de los terapeutas en contextos de alto nivel de sufrimiento, alejándose de un modelo biomédico patologizador.

CONCLUSIONES

Aunque cada vez se encuentra más normalizado acudir a terapia con efectos preventivos o de autocuidado, es importante no perder de vista que la consulta del psicólogo sigue siendo un espacio estrechamente vinculado al dolor psíquico. Aunque los psicólogos afrontan, de modo general, los efectos de trabajar con sufrimiento satisfactoriamente, una parte significativa de ellos desarrolla alteraciones psicoemocionales importantes. A lo largo de este trabajo se han retratado las principales condiciones que afectan a los profesionales de la atención psicológica: el trauma secundario, el trauma vicario y la fatiga por compasión. Si bien se observa que estas condiciones generan un impacto real en la práctica, la investigación empírica presenta numerosas aristas. En esta revisión se ha puesto de relieve la inconsistencia y ambigüedad de la evidencia generada en este ámbito, comenzando por la propia definición y operativización de los constructos, donde impera la confusión terminológica, el solapamiento y la utilización arbitraria de estas condiciones. Como consecuencia de este *mare magnum* conceptual, el estudio de otros aspectos, incluyendo los factores de riesgo y protección, así como sus consecuencias, también se ha visto empañado.

Así, aunque los resultados sugieren que la exposición al sufrimiento produce un impacto en los profesionales, no podemos precisar, a la luz de los datos disponibles, su naturaleza, mecanismos etiológicos o duración. La falta de rigor en la investigación ha llevado a la desconsideración de estos fenómenos, cuya existencia ha sido cuestionada y, en el mejor de los casos, considerada “anecdótica” (Sexton, 1999). Con todo, nuestros resultados muestran que, pese a estas dificultades, una parte de profesionales sufre como consecuencia de su trabajo. Desatender las necesidades específicas de este colectivo, añadido al impacto del estigma asociado a la enfermedad mental y a las exigencias de este contexto profesional, puede producir multitud de efectos perniciosos. Por ello, es necesario generar un cuerpo teórico consistente que permita caracterizar de forma precisa estas condiciones y, de este modo, poder desarrollar acciones dirigidas a minimizar el impacto del cuidado, abogando por la inclusión en los currículos académicos de los riesgos laborales de la atención psicológica, así como estrategias de autocuidado.

No se trata de eliminar el impacto psicoemocional que la atención psicológica tiene sobre el profesional, sino de normalizarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- 't Lam, C., Vingerhoets, A., & Bylsma, L. (2018). Tears in therapy: A pilot study about experiences and perceptions of therapist and client crying. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 20(2), 199-219. <https://doi.org/10.1080/13642537.2018.1459767>
- Adams, M. (2014). The Myth of the Untroubled Therapist: Private life, professional practice. En *Robert C. Scharff and Val Dusek*. Hove, East Sussex: Routledge.
- Ai, A. L., & Park, C. L. (2005). Possibilities of the positive following violence and trauma: Informing the coming decade of research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 242-250. <https://doi.org/10.1177/0886260504267746>
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 Diagnostic Classification. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.x00diagnosticclassification>
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Ballenger, J. C. (1978). Patients' reactions to the suicide of their psychiatrist. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(12), 859-867.
- Barnett, J. E., & Hillard, D. (2001). Psychologist distress and impairment: The availability, nature, and use of colleague assistance programs for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 205-210. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.2.205>
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 15-23.
- Birck, A. (2002). Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture. *Traumatology*, 7(2), 85-90.
- Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? the role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy*, 50(2), 224-234. <https://doi.org/10.1037/a0031384>
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2013). *Comprehensive Meta-Analysis*. Englewood, NJ: Biostat.
- Brady, P. Q., Fansher, A. K., & Zedaker, S. B. (2019). Are parents at a higher risk for secondary traumatic stress?: How interviewing child victims impacts relationships with forensic interviewer's friends and family. *Child Abuse and Neglect*, 88(June), 275-287. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.017>
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Bride, B. E., & Fingley, C. R. (2007). The fatigue of compassionate social workers: An introduction to the special issue on compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 151-153. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0093-5>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>

- Bride, B. E., Smith Hatcher, S., & Humble, M. N. (2009). Trauma Training, Trauma Practices, and Secondary Traumatic Stress Among Substance Abuse Counselors. *Traumatology, 15*(2), 96-105.
- Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry, 18*(3), 259-269. <https://doi.org/10.1002/wps.20656>
- Buchanan, M., Anderson, J. O., Uhlemann, M. R., & Horwitz, E. (2006). Secondary traumatic stress: An investigation of Canadian mental health workers. *Traumatology, 12*(4), 272-281. <https://doi.org/10.1177/1534765606297817>
- Carmel, M. J. S., & Friedlander, M. L. (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. <https://doi.org/10.1037/a0015422>
- Choi, G. Y. (2011). Secondary traumatic stress of service providers who practice with survivors of family or sexual violence: A national survey of social workers. *Smith College Studies in Social Work, 81*(1), 101-119. <https://doi.org/10.1080/00377317.2011.543044>
- Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L., & Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: Prevalence and its work- and exposure-related correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 917-925. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Coles, J., Astbury, J., Dartnall, E., & Limjerwala, S. (2014). A Qualitative Exploration of Researcher Trauma and Researchers' Responses to Investigating Sexual Violence. *Violence Against Women, 20*(1), 95-117. <https://doi.org/10.1177/1077801213520578>
- Connally, D. (2012). The Relationship Between Clinician Sex, Ethnicity, Sexual Identity and Secondary Traumatic Stress. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health, 16*(4), 306-321. <https://doi.org/10.1080/19359705.2012.697002>
- Cosden, M., Sanford, A., Koch, L. M., & Lepore, C. E. (2016). Vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth among substance abuse treatment providers. *Substance Abuse, 37*(4), 619-624. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1181695>
- Danieli, Y. (1988). Confronting the Unimaginable: Psychotherapists' Reactions to Victims of the Nazi Holocaust. En J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress. From the Holocaust to Vietnam* (pp. 219-237). Cleveland State, Ohio: Springer.
- De La Rosa, G. M., Webb-Murphy, J. A., Fesperman, S. F., & Johnston, S. L. (2018). Professional quality of life normative benchmarks. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000263>
- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., & King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology, 25*(3), 196-202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>
- Digiuni, M., Jones, F. W., & Camic, P. M. (2013). Perceived social stigma and attitudes towards seeking therapy in training: A cross-national study. *Psychotherapy, 50*(2), 213-223. <https://doi.org/10.1037/a0028784>
- Fahy, A. (2007). The unbearable fatigue of compassion: Notes from a substance abuse counselor who dreams of working at Starbuck's. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 199-205.

<https://doi.org/10.1007/s10615-007-0094-4>

- Fingley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Routledge.
- Fingley, C. R., & Anderson, M. W. (2013). Secondary Trauma among Chaplains. En *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. <https://doi.org/10.4135/9781452218595.n199>
- Fischman, Y. (2008). Secondary trauma in the legal professions, a clinical perspective. *Torture*, 18(2), 107-115.
- Furlonger, B., & Taylor, W. (2013). Supervision and the management of vicarious traumatization among Australian telephone and online counsellors. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 23(1), 82-94. <https://doi.org/10.1017/jgc.2013.3>
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A Preliminary Survey of Counseling Psychologists' Personal Experiences with Depression and Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(4), 402-407. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.4.402>
- González, S., & Valdez Medina, J. L. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y salud*, 15(2), 257-262.
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840>
- Haley, S. A. (1974). When the Patient reports atrocities. Specific treatment considerations of the Vietnam veteran. *Archives of General Psychiatry*, 30(2), 191-196.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203-219. <https://doi.org/10.1037/a0016081>
- Hatcher, S., Bride, B. E., Oh, H., King, D., & Catrett, J. (2011). An assessment of secondary traumatic stress in juvenile justice education workers. *Journal of Correctional Health Care*, 17(3), 208-217. <https://doi.org/10.1177/1078345811401509>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims Jennifer. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 83-91. <https://doi.org/10.1002/jts>
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0*. Recuperado de www.training.cochrane.org/handbook.
- Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327(7414), 557-560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- Hilborn, M. K. (2019). Chaplaincy and responses to tragedy. En *Tragedies and Christian Congregations: The Practical Theology of Trauma*. <https://doi.org/10.4324/9781351050791-21>
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Iyamuremye, J. D., & Brysiewicz, P. (2015). The development of a model for dealing with secondary traumatic stress in mental health workers in Rwanda. *Health SA Gesondheid*, 20(1), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.02.006>

- Jacobson, J. M. (2012). Risk of Compassion Fatigue and Burnout and Potential for Compassion Satisfaction Among Employee Assistance Professionals: Protecting the Workforce. *Traumatology*, 18(3), 64-72. <https://doi.org/10.1177/1534765611431833>
- Jaffe, P. G., Crooks, C. V., Dunford-Jackson, B. L., & Town, J. M. (2003). Vicarious Trauma in Judges: The Personal Challenge of Dispensing Justice. *Juvenile and Family Court Journal*. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2003.tb00083.x>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events.pdf. *Social Cognition*, Vol. 7, pp. 113-136.
- Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318268fe09>
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework. En *British Psychological Society*. <https://doi.org/10.1108/17465641211279798>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*.
- Kadambi, M. A., & Ennis, L. (2004). Reconsidering vicarious trauma. A review of the literature and its' limitations. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 1-21. https://doi.org/10.1300/J189v05n01_01
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2003). Vicarious Traumatization and Burnout Among Therapists Working with Sex Offenders. *Traumatology*, 9(4), 216-230.
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2004). Vicarious Trauma Among Therapists Working with Sexual Violence, Cancer and General Practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38(4), 260-276.
- Kern, E. O. (2014). The Pathologized Counselor: Effectively Integrating Vulnerability and Professional Identity. *Journal of Creativity in Mental Health*, 9(2), 304-316. <https://doi.org/10.1080/15401383.2013.854189>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Kintzle, S., Yarvis, J. S., & Bride, B. E. (2013). Secondary Traumatic Stress in Military Primary and Mental Health Care Providers. *Military Medicine*, 178(12), 1310-1315. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-13-00087>
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D., & Cardena, E. (2014). Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 120-128. <https://doi.org/10.1037/a0031966>
- Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., ... Yufit, R. I. (2011). Psychologist Suicide: Incidence, Impact, and Suggestions for Prevention, Intervention, and Postvention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 244-251. <https://doi.org/10.1037/a0022805>
- Kleim, B., & Westphal, M. (2011). Mental Health in First Responders: A Review and Recommendation for Prevention and Intervention Strategies. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1177/1534765611429079>
- Kopacz, M. S., Lockman, J., Lusk, J., Bryan, C. J., Park, C. L., Sheu, S. C., & Gibson, W. C. (2019). How meaningful is meaning-making? *New Ideas in Psychology*, 54(May 2018), 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.02.001>
- La Mott, J., & Martin, L. A. (2019). Adverse childhood experiences, self-care, and compassion

- outcomes in mental health providers working with trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1066-1083. <https://doi.org/10.1002/jclp.22752>
- Lai, M., Heydon, G., & Mulayim, S. (2015). Vicarious trauma among interpreters. *International Journal of Interpreter Education*.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Chamberland, S., & Descôteaux, J. (2019). Psychotherapists' professional quality of life. *Traumatology*, 25(3), 208-215. <https://doi.org/10.1037/trm0000177>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., ... Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385-403. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.385>
- Macdonald, J. L. (2015). Vicarious Trauma as Applied to the Professional Sign Language Interpreter. *Montview Liberty University Journal of Undergraduate Research*.
- Maguire, G., & Byrne, M. K. (2017). The Law Is Not as Blind as It Seems: Relative Rates of Vicarious Trauma among Lawyers and Mental Health Professionals. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(2), 233-243. <https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1220037>
- Măirean, C. (2016). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *Social Science Journal*, 53(1), 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2015.11.007>
- Mairean, C., Cimpoesu, D., & Turliuc, M. N. (2014). The effects of traumatic situations on Emergency Medicine practitioners. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*.
- Makadia, R., Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2017). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: Secondary traumatic stress or vicarious traumatization? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(5), 1059-1068. <https://doi.org/10.1002/cpp.2068>
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2017). The Relationship Between Vicarious Posttraumatic Growth and Secondary Traumatic Stress Among Health Professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 256-270. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284516>
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1992). Constructivist self-development theory: A theoretical framework for assessing and treating traumatized college students. *Journal of the American College Health Association*, 40(4), 189-196. <https://doi.org/10.1080/07448481.1992.9936281>
- McKim, L. L., & Smith-Adcock, S. (2014). Trauma Counsellors' Quality of Life. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 58-69. <https://doi.org/10.1007/s10447-013-9190-z>
- Michalchuk, S., & Martin, S. L. (2019). Vicarious resilience and growth in psychologists who work with trauma survivors: An interpretive phenomenological analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(3), 145-154. <https://doi.org/10.1037/pro0000212>
- Monteith, D. N. (2006). Traumatic stress reactions in violent crime investigators. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.

- Mordeno, I. G., Go, G. P., & Yangson-Serondo, A. (2017). Examining the dimensional structure models of secondary traumatic stress based on DSM-5 symptoms. *Asian Journal of Psychiatry*, 25(2017), 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.024>
- Morrisette, P. J. (2004). The pain of helping: Psychological injury of helping professionals. En *The pain of helping: Psychological injury of helping professionals*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4324/9780203333754>
- Musili, P. M., Sirera, A. M., & Kathungu, B. M. (2018). Vicarious Traumatization among Professional Caregivers and Support Staff in Selected Hospices in Kenya. *International Journal of Social Science and Economics Invention*, 2(07), 1-11. <https://doi.org/10.23958/ijsssei/vol02-i07/01>
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2011). A comparative analysis of burnout and professional quality of life in clinical mental health providers and health care administrators. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26(1), 25-43. <https://doi.org/10.1080/15555240.2011.540978>
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. A. (2015). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, and Abuse*, 17(3), 306-313. <https://doi.org/10.1177/1524838015584365>
- Newman, C., Eason, M., & Kinghorn, G. (2019). Incidence of Vicarious Trauma in Correctional Health and Forensic Mental Health Staff in New South Wales, Australia. *Journal of Forensic Nursing*, 15(3), 183-192. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000245>
- Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013(1), 37-44.
- Nyagaya, L., Chepchieng, M., Njonge, T., & Ombura, J. (2014). Secondary Traumatic Stress among Psychotherapists: An Empirical Comparative analysis of Prevalence Prevalence Rates and Management in Nakuru and Nairobi Counties of Kenya. *Kenya Journal of Educational Planning, Economics & Management*, 8(2).
- Olivares, R. B., Morales, G., Rodríguez, K., & Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 9-19.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan---a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Park, C. L. (2010). Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and Its Effects on Adjustment to Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Pearlman, L. A., & 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. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995a). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. En *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New

York: W.W. Norton.

- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995b). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Fingley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-178). London: Brunner-Routledge.
- Pope, K. S., & Feldman-Summers, S. (1992). National Survey of Psychologists' Sexual and Physical Abuse History and Their Evaluation of Training and Competence in These Areas. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.23.5.353>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as Patients: A National Survey of Psychologists' Experiences, Problems, and Beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Posselt, M., Deans, C., Baker, A., & Procter, N. (2019). Clinician wellbeing: The impact of supporting refugee and asylum seeker survivors of torture and trauma in the Australian context. *Australian Psychologist*, 54(5), 415-426. <https://doi.org/10.1111/ap.12397>
- Råbu, M., Moltu, C., Binder, P. E., & McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737-749. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>
- Raunick, C. B., Lindell, D. F., Morris, D. L., & Backman, T. (2015). Vicarious trauma among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000085>
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. *Traumatology*, 19(4), 255-267. <https://doi.org/10.1177/1534765612471144>
- Rhee, Y., Ko, Y., & Han, I. (2013). Posttraumatic Growth and Related Factors of Child Protective Service Workers. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 25(1), 6. <https://doi.org/10.1186/2052-4374-25-6>
- Robinson-Keilig, R. A. (2014). Secondary Traumatic Stress and Disruptions to Interpersonal Functioning Among Mental Health Therapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1477-1496. <https://doi.org/10.1177/0886260513507135>
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., ... Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 933-938. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.029>
- Rudolph, J., & Stamm, H. (1997). Compassion Fatigue: A concern for mental health policy, providers and administration. *Poster presented at the 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Russell, A. (2010). Vicarious trauma in child sexual abuse prosecutors. *Center Piece: The Official Newsletter of the National Child Protection Training Center*.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00030-8)
- Sawyer, A. (2011). Let's talk: A narrative of mental illness, recovery, and the psychotherapist's personal treatment. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.20822>

- Sinclair, H. A. H., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatisation affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, *11*(4), 348-356. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.02.007>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, *69*, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Somoray, K., Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. (2017). The Impact of Personality and Workplace Belongingness on Mental Health Workers' Professional Quality of Life. *Australian Psychologist*, *52*(1), 52-60. <https://doi.org/10.1111/ap.12182>
- 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*, *12*(3), 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. *Treating compassion fatigue.*, pp. 107-119. New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*.
- Swain, S. (2009). Trinity, trauma & transformation. A trinitarian pastoral theology reflected in the experience of the Chaplains at the 9/11 temporary mortuary at Ground Zero.
- Tang, C., Goldsamt, L., Meng, J., Xiao, X., Zhang, L., Williams, A. B., & Wang, H. (2020). Global estimate of the prevalence of post-Traumatic stress disorder among adults living with HIV: A systematic review and meta-Analysis. *BMJ Open*, *10*(4), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032435>
- Tay, S., Alcock, K., & Scior, K. (2018). Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(9), 1545-1555. <https://doi.org/10.1002/jclp.22614>
- Thompson, I. A., Amatea, E. S., & Thompson, E. S. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, *36*(1), 58-77.
- Thoreson, R. W., Miller, M., & Krauskopf, C. J. (1989). The Distressed Psychologist: Prevalence and Treatment Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*(3), 153-158. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.3.153>
- Tominaga, Y., Goto, T., Shelby, J., Oshio, A., Nishi, D., & Takahashi, S. (2019). Secondary trauma and posttraumatic growth among mental health clinicians involved in disaster relief activities following the 2011 Tohoku earthquake and tsunami in Japan. *Counselling Psychology Quarterly*, *00*(00), 1-21. <https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1639493>
- Trippany, R. L., Wilcoxon, S. A., & Satcher, J. F. (2003). Factors influencing vicarious traumatization for therapists of survivors of sexual victimization. *Journal of Trauma Practice*, *2*(1), 47-60. <https://doi.org/10.1300/J189v02n01>
- Tritt, A., Kelly, J., & Waller, G. (2015). Patients' experiences of clinicians' crying during psychotherapy for eating disorders. *Psychotherapy*, *52*(3), 373-380. <https://doi.org/10.1037/a0038711>
- Vachon, M., Huggard, P., & Huggard, J. (2015-01). Reflections on occupational stress in palliative care nursing: Is it changing?. In *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Oxford, UK: Oxford

University Press.

- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. *Treating compassion fatigue*.
- Van Minnen, A., & Keijsers, G. P. J. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(3-4), 189-200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(01\)00005-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(01)00005-2)
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 115-128. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Vrklevski, P. L., & Franklin, J. (2008). Vicarious trauma: The impact on solicitors of exposure to traumatic material. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1177/1534765607309961>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En John Preston Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York, NY: The Guilford Press.
- Wells, G., Shea, B., O'Connell, D., & Peterson, J. (2000). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.
- Williams, A. B., Helm, H. M., & Clemens, E. V. (2012). The effect of childhood trauma, personal wellness, supervisory working alliance, and organizational factors on vicarious traumatization. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(2), 133-153.
- Williams, B. E., Pomerantz, A. M., Segrist, D. J., & Pettibone, J. C. (2010). How impaired is too impaired? Ratings of psychologist impairment by psychologists in independent practice. *Ethics and Behavior*, 20(2), 149-160. <https://doi.org/10.1080/10508421003595968>
- Wilson, John Preston, & Lindy, J. D. (1994). Empathic strain and countertransference. En *Countertransference in the treatment of PTSD*. (pp. 5-30). New York, NY, US: Guilford Press.
- Woodward, L. E., Murell, S. A., & Bettler, R. F. (2005). Empathy and Interpersonal Style, Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4), 1-28. <https://doi.org/10.1300/J146v11n04>
- Želeskov-Đorić, J., Hedrih, V., & Đorić, P. (2012). Relations of resilience and personal meaning with vicarious traumatization in psychotherapists. *International Journal of Psychotherapy*, 16(3), 44-55.
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482-491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>