

# **Dolor, sufrimiento y trauma: estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental**

LUIS HERNANDO SILVA CASTILLO

JOSÉ SALVADOR MELÉNDREZ GONZÁLEZ

La violencia no solo deja cicatrices en quienes la padecen, también alcanza a quienes, desde la empatía y el compromiso, intentan sanar esas heridas. Este texto analiza el estrés traumático secundario (ETS), y la afección que ocasiona en psicoterapeutas y otros profesionales quienes, al sostener el dolor ajeno, terminan cargando con una parte del trauma que buscan aliviar.

A lo largo del capítulo se examina el dolor, el sufrimiento y el trauma, con especial atención en la repercusión en psicoterapeutas. Se abordan los efectos del trauma en escenarios de violencia, delincuencia organizada, violencia de género y desapariciones forzadas. Además, se presentan estrategias que han resultado útiles en diversos contextos para proteger a estos profesionales, desde el autocuidado hasta políticas institucionales de prevención.

## **DOLOR, SUFRIMIENTO Y TRAUMA**

Términos como *dolor, sufrimiento y trauma* forman parte del lenguaje cotidiano, lo que dificulta su definición precisa y unívoca. Expresiones como “sentí un dolor en la rodilla después de caer”, “su partida me dolió”, “sentí dolor en el corazón al ver arder el bosque”, “el médico indagó sobre mi nivel de dolor” o “esa persona es un dolor de cabeza” ilustran la diversidad de significados que puede adoptar el término. Estas variaciones abarcan desde molestias físicas hasta metáforas exageradas, pasando por experiencias emocionales intensas y descripciones clínicas del malestar

físico, lo que evidencia la complejidad de establecer una única definición aplicable a todos sus usos.

La dificultad de conceptualizar el *dolor* se extiende a términos como *sufrimiento* y *trauma*, cuya naturaleza fenomenológica y polisémica dificulta alcanzar un consenso. Por ello, se adopta aquí una definición provisional y se recomienda a los lectores interesados en esta complejidad consultar estudios más detallados, como los de Cabòs (2013). Se reconoce que el *dolor*, el *sufrimiento* y el *trauma* son experiencias fundamentales en la vida humana, influyendo en la construcción de la individualidad. Aunque estrechamente relacionados, estos conceptos presentan diferencias en sus características y efectos.

De acuerdo con la International Association for the Study of Pain (IASP) el *dolor* se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial” (2011, p.2), funcionando como una señal de advertencia del organismo (IASP, 2020). Por otro lado, el *sufrimiento* trasciende el dolor físico e involucra dimensiones mentales y emocionales, afectando tanto a individuos como a colectivos. Incluye aspectos como el miedo, la angustia, la ansiedad y la depresión (Pro, 2020; Herrera & Rodríguez, 2014).

Luciano y Valdivia (2006) sostienen que el sufrimiento no debe ser visto únicamente como una experiencia negativa que deba eliminarse a toda costa, sino como un componente fundamental en el desarrollo psicológico de los individuos. Incluso afirman que sufrimiento y placer son dos caras de la misma moneda. Aunque esta perspectiva puede parecer contraria a las ideas contemporáneas que promueven su erradicación, el sufrimiento es una parte inherente de la psicología humana. Su presencia es inevitable y su evitación sistemática puede generar efectos contraproducentes. A diferencia del dolor, que suele ser puntual y localizado, el sufrimiento involucra dimensiones emocionales, cognitivas y existenciales, reflejando la manera en que una persona procesa y se adapta al dolor a lo largo del tiempo.

El *trauma* es una reacción a eventos que desbordan la capacidad de afrontamiento de una persona, generando cambios profundos en su auto-percepción y en la forma en que experimenta el mundo. A diferencia del dolor y el sufrimiento, el trauma no solo provoca malestar, sino que altera

de manera duradera la identidad y la respuesta emocional del individuo, dejando una impronta difícil de superar (Van der Kolk, 2000).

En algunos casos, la exposición a eventos traumáticos deriva en un trastorno de estrés postraumático (TEPT), descrito en el *DSM-5* como una condición que incluye recuerdos recurrentes e involuntarios del trauma, evitación de estímulos asociados a la experiencia, alteraciones persistentes en el estado de ánimo —como culpa y desesperanza— y una hipervactivación fisiológica caracterizada por irritabilidad e hipervigilancia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

El *trauma* no solo deja huellas en los aspectos psicológico y emocional, también provoca alteraciones biológicas. Un elemento central en la respuesta al estrés traumático es el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), responsable de regular la reacción del organismo ante el estrés (Sánchez et al., 2018). En personas con TEPT crónico se han identificado cambios en el sistema nervioso central y el eje HPA, como una reducción en el volumen del hipocampo y una mayor activación de la amígdala y el hemisferio derecho ante estímulos traumáticos. Estos hallazgos sugieren un proceso de sensibilización y lateralización en el procesamiento del trauma (Pitman et al., 2001).

## PREVALENCIA DEL TRAUMA Y SU IMPACTO

El *trauma* surge de la exposición directa a eventos traumáticos, lo que lo convierte en una realidad frecuente en sociedades con altos niveles de violencia. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) (Subsistema de Información de Gobierno, Seguridad Pública e Impartición de Justicia, 2021) revela que 70.1% de la población mexicana mayor de 15 años ha sido víctima de violencia. En términos específicos, 34.7% ha experimentado maltrato físico, 27.4% violencia económica, 51.6% daño psicológico y 49.7% abuso sexual. Estas cifras no solo reflejan la magnitud del problema, sino que también subrayan la vulnerabilidad de los psicoterapeutas que atienden a estas víctimas, quienes pueden desarrollar ETS debido a su constante exposición al sufrimiento ajeno.

El informe de UNICEF (2019) destaca la prevalencia de la violencia física y psicológica en México, particularmente en el ámbito doméstico. Según

sus hallazgos, 4 de cada 10 madres y 2 de cada 10 padres han recurrido al maltrato físico en momentos de enojo o desesperación. En el entorno escolar la violencia es una realidad tanto para niños como para niñas, aunque los varones enfrentan más agresión física y verbal. A su vez, el ciberacoso afecta a 25% de los adolescentes, con las redes sociales como principal medio de agresión, siendo las niñas especialmente vulnerables a este tipo de violencia.

Un estudio realizado entre 2001 y 2012 en 24 países de distintos niveles de ingreso analizó la prevalencia y los factores asociados al TEPT. En México, 68.8% de la población ha estado expuesta a eventos traumáticos en algún momento de su vida, y 2.1% de quienes atravesaron estas experiencias desarrollaron TEPT, lo que resalta la alta incidencia de situaciones potencialmente traumáticas en el país. Además, se encontró que 1.5% de los encuestados ha padecido TEPT en algún momento, y que 0.8% presenta síntomas persistentes durante más de 12 meses tras la exposición al trauma (Koenen et al., 2017). Estos hallazgos evidencian el impacto prolongado del trauma en la población mexicana y la necesidad de estrategias de prevención e intervención.

No obstante, la exposición a un evento traumático no implica necesariamente el desarrollo de TEPT. Solo una fracción de quienes experimentan situaciones altamente estresantes desarrolla el trastorno, y aún menos presentan síntomas crónicos (Pérez, 2004). La reacción ante el trauma varía según diversos factores, como la severidad del evento, la edad en que ocurrió, su duración (agudo o crónico), la relación con el agresor en casos de violencia interpersonal, el nivel de apoyo social, los antecedentes de trauma y la capacidad de afrontamiento individual.

Las condiciones prevalentes en México generan un entorno propicio para el trauma. La violencia persistente —expresada en fenómenos como la delincuencia organizada, las autodefensas, los robos violentos, los secuestros y las violaciones— incrementa la exposición al estrés y eleva la incidencia del trauma (Sánchez et al., 2018). Esta problemática se ve agravada por la limitada disponibilidad de servicios de salud mental y la estigmatización de los trastornos psicológicos. Además, factores culturales como la normalización de la violencia y la acumulación de experiencias traumáticas incrementan el riesgo de desarrollar trastorno de

estrés postraumático (TEPT), lo que contribuye a las elevadas tasas de prevalencia de esta afección en el país.

## ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO, SINTOMATOLOGÍA Y PREVALENCIA

El *trauma* puede ser directo o secundario (también denominado indirecto). El *trauma directo* ocurre cuando una persona experimenta un evento extremadamente estresante o perturbador que amenaza su integridad física o emocional, dejando efectos duraderos en su salud mental, como el desarrollo de TEPT y otras afecciones. En contraste, el *trauma secundario* surge del contacto con los relatos de individuos que han estado expuestos directamente a eventos traumáticos.

Si bien el estudio del *trauma directo* ha avanzado significativamente gracias a investigaciones sobre los procesos de aprendizaje, las bases neuropsicológicas y sus efectos en la funcionalidad (Corley et al., 2012; Glenn et al., 2017; Lommen et al., 2013; Rothbaum et al., 2001; Almli et al., 2014; Liberzon & Abelson, 2016; Pitman et al., 2012; Yehuda, 2000), es esencial reconocer que el trauma no se limita a la persona afectada de manera directa, sino que puede extenderse a quienes lo rodean, un fenómeno conocido como *trauma secundario*.

El *trauma secundario*, también conocido como *trauma vicario* o *estrés traumático secundario* (ETS), se refiere a la respuesta emocional y conductual derivada del contacto indirecto con experiencias traumáticas de otras personas. Los estudios pioneros de Figley (1993) identificaron que los psicoterapeutas podían presentar síntomas similares a los de sus pacientes expuestos a eventos traumáticos, evidenciando la existencia del ETS y su transmisión a través de la exposición a relatos de víctimas.

Esta condición afecta a un amplio espectro de profesionales, incluyendo médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, enfermeros, personal de emergencias, empleados de refugios, veterinarios, reporteros y defensores de derechos humanos (Arman et al., 2022; Casillas, 2018; Flores et al.; Souza & Oviedo, 2016). Su impacto en quienes brindan apoyo a personas en crisis lo convierte en un riesgo ocupacional relevante en diversas áreas de trabajo (Bride, 2007; Roden-Foreman et al., 2017; Hydon et al., 2015).

El ETS presenta síntomas similares a los del TEPT, organizados en tres categorías principales: intrusivos, evitativos y de activación (Flores, Souza & Oviedo, 2016; Arman, Cayssials & Izquierdo, 2022). Comprender la prevalencia del ETS en distintas profesiones es fundamental para diseñar estrategias de intervención y prevención. Su reconocimiento en diferentes ámbitos laborales permite desarrollar programas de apoyo adaptados a cada contexto, promoviendo la resiliencia y el bienestar de los trabajadores.

El impacto del ETS se extiende a diversos sectores, particularmente aquellos en los que los profesionales enfrentan situaciones de alta exigencia emocional. Un estudio identificó que 12.7% de los médicos de emergencia presentan niveles clínicos de ETS, vinculados a baja resiliencia y antecedentes personales de trauma (Roden-Foreman et al., 2017). Los trabajadores sociales, al interactuar con poblaciones afectadas por el trauma, también experimentan una incidencia significativa de ETS (Bride, 2007). En el ámbito académico se ha resaltado la necesidad de integrar formación específica sobre gestión del estrés traumático en los planes de estudio de medicina (Crumpei & Dafnoiu, 2012). En el sector de la enfermería el ETS es altamente prevalente entre enfermeras de urgencias y parteras, particularmente en casos de nacimientos traumáticos (Beck et al., 2015).

El ETS se extiende más allá del sector salud, afectando a profesionales en áreas como el periodismo y la defensa de los derechos humanos. En México, un estudio reveló que 36.4% de los periodistas y defensores de derechos humanos evaluados presentaban síntomas severos de ETS, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, se observó que las mujeres y aquellos con jornadas laborales superiores a 40 horas semanales mostraban niveles más elevados de sintomatología (Flores, Souza & Oviedo, 2016).

El ETS también afecta a los profesionales de la veterinaria, en el que 30% de los trabajadores, estudiantes avanzados y veterinarios graduados manifestaron síntomas compatibles con el TEPT asociado a su labor (Arman, Cayssials & Izquierdo, 2022).

En el sector de la salud mental, el impacto del ETS es notable en quienes trabajan con pacientes militares en Estados Unidos, con una prevalencia de 19.2%, estrechamente relacionada con antecedentes personales de trauma y percepciones negativas del impacto del trauma indirecto (Cieslak

et al., 2013). De manera similar, los consejeros de trauma en este país presentan un alto riesgo de desarrollar ETS (Arvay, 2001).

Estos hallazgos enfatizan la urgencia de instrumentar estrategias de prevención y formación especializadas para reducir el impacto del ETS en profesionales de distintos sectores, garantizando su bienestar y capacidad de respuesta ante el sufrimiento ajeno. Por esta razón, es decisivo estudiar este fenómeno en los profesionales que ofrecen servicios de ayuda, especialmente los psicoterapeutas, quienes se encuentran entre las profesiones con mayor riesgo de desgaste (Betta et al., 2007).

Por la naturaleza de su trabajo, los terapeutas están particularmente expuestos a ETS, siendo esta una preocupación relevante debido a su exposición constante a relatos traumáticos, su empatía profesional y el desafío de manejar el impacto acumulativo de estas experiencias. Al trabajar frecuentemente con individuos que han sufrido trauma complejo a razón de violencia, abuso y desastres, los psicólogos deben emplear un alto grado de empatía para conectar con las experiencias emocionales de sus pacientes. Sin embargo, esta misma empatía, aunque esencial para su práctica profesional, puede también aumentar su susceptibilidad a internalizar el dolor y el sufrimiento de sus pacientes, llevando a una acumulación de estrés traumático a lo largo del tiempo, especialmente entre aquellos que trabajan con poblaciones altamente traumatizadas o vulnerables.

Para los psicoterapeutas, la autoconciencia y la autorregulación son esenciales en la gestión de sus respuestas emocionales y psicológicas frente a las demandas de su labor. Sin embargo, la sobrecarga laboral puede agotar estas habilidades, incrementando su susceptibilidad al ETS. Por ello, resulta fundamental realizar estudios enfocados en psicólogos para comprender mejor su bienestar y capacidad de trabajo, así como para desarrollar estrategias efectivas de prevención y manejo. Estas medidas son clave para garantizar una práctica profesional sostenible y saludable.

La preparación y formación de futuros psicoterapeutas también desempeña un papel decisivo en la prevención del ETS. Makadia et al. (2017) evaluaron 564 estudiantes de psicología clínica (57 hombres, 507 mujeres) con una edad promedio de 29.84 años en 32 cursos. Encontraron que la mayoría de los estudiantes manejaban de uno a dos casos de trauma en los seis meses previos. Los tipos de traumas más frecuentes reportados

por los clientes fueron abuso sexual (35.3%), abuso físico (32.1%) y asalto sexual (21.1%). Otros eventos incluyeron accidentes graves (19.1%), ataques no sexuales (17.2%), enfermedades que amenazan la vida (13.1%), combate militar (7.3%), encarcelamiento (6.7%), incendios o explosiones graves (3.9%) y desastres naturales (1.1%).

Los principales factores predictores para el trauma secundario en los psicólogos en formación clínica son la exposición al trabajo con trauma, el nivel de estrés percibido en el trabajo clínico, la calidad de la formación del trauma. Otros factores correlacionados son la historia personal de trauma y la calidad de la supervisión recibida durante su carrera, mientras que la historia personal de trauma se asocia positivamente, la calidad de la supervisión guarda una relación inversa. Este tipo de investigaciones es sumamente relevante ya que ofrece información sobre las características específicas de los psicólogos desde su formación y permite identificar medidas adecuadas de apoyo, seguimientos y capacitación para los estudiantes con base en los datos (Makadia et al., 2017).

Diversas investigaciones han explorado el ETS en psicólogos en ejercicio. Por ejemplo, Guerra y Pereda (2015) realizaron un estudio con 259 psicólogos clínicos chilenos, con edades entre 23 y 72 años ( $M = 33.3$  años). Del total, 56.4% trabajaba en centros especializados en la atención de víctimas de maltrato y abuso sexual infantil, mientras que 43.6% atendía otras problemáticas.

Los resultados mostraron que los psicólogos que trabajan con víctimas de maltrato y abuso infantil presentan niveles significativamente más altos de ETS y de todos sus síntomas en comparación con aquellos que atienden otros tipos de casos. En particular, 45.2% de los psicólogos en este ámbito superaba el punto de corte de la escala de ETS, frente a 28.3% de los profesionales en contextos más amplios.

Los autores enfatizan la necesidad de desarrollar estrategias de cuidado y autocuidado para los psicólogos que atienden a víctimas infantiles, así como de investigar los efectos de las diferentes problemáticas tratadas, la evolución de los síntomas y las estrategias más efectivas para afrontarlos. Este estudio confirma que la exposición a historias de trauma es un factor clave en el desarrollo del ETS y que su impacto varía según la población atendida, subrayando la complejidad del trabajo con niños y poblaciones vulnerables.

En el contexto mexicano, Solís y Silva (2022) realizaron un estudio con 72 psicólogos clínicos en ejercicio en Guadalajara, México, con el objetivo de evaluar los niveles de ETS y su relación con las conductas de autocuidado. Los resultados revelaron una preocupante prevalencia de ETS y una baja frecuencia de conductas de autocuidado entre los participantes. En total, 70.8% presentó algún nivel de ETS: 40.2% bajo, 15.5% moderado, 7% alto y un 8.3% severo.

Este estudio generó nuevas preguntas sobre los factores que pueden modular el ETS en psicoterapeutas, como el tipo de entrenamiento recibido, los modelos de intervención en los que fueron formados, el género, los rasgos de personalidad, las creencias sobre su papel como terapeutas y la naturaleza de las problemáticas que atienden, entre otras variables.

## FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

Uno de los primeros modelos explicativos del ETS fue propuesto por Figley (1995), quien identificó diversos factores que influyen en su aparición, entre ellos la capacidad empática, el comportamiento hacia la víctima, las dificultades para distanciarse del trabajo y los sentimientos de satisfacción derivados de la ayuda proporcionada.

La capacidad empática, entendida como la habilidad del terapeuta para conectar con el sufrimiento de sus pacientes, favorece la comprensión del proceso terapéutico, pero también puede generar un desequilibrio emocional. La exposición constante a experiencias traumáticas puede llevar al terapeuta a desarrollar creencias influenciadas por el trauma de sus pacientes.

En contraste, la satisfacción por compasión —la percepción de un sentido en la práctica profesional al observar avances terapéuticos o al brindar apoyo a otros— actúa como un factor protector, mitigando el desgaste emocional. Sin embargo, Figley (1995) también describe la fatiga por compasión, un agotamiento emocional derivado del contacto constante con experiencias traumáticas difíciles de procesar, el cual se asocia positivamente con el ETS.

En 1997 Figley amplió su modelo, incorporando la *exposición prolongada y la historia de traumas previos* como factores de riesgo adicionales para el desarrollo del ETS en psicoterapeutas. Estudios recientes, como el

de Ojeda et al. (2020), respaldan este modelo, evidenciando la influencia significativa de estos factores en la aparición del ETS.

Más allá de los modelos explicativos, la investigación ha identificado tanto *factores individuales* como *situacionales* que pueden influir en el desarrollo del ETS. Entre ellos destacan el género (Nelson-Gardell & Harris, 2003; Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007), la edad (Bober & Regehr, 2006; Nelson-Gardell & Harris, 2003), los antecedentes personales de trauma (Jenkins & Baird, 2002), la experiencia profesional en salud mental (Bride, Jones & MacMaster, 2007; Kadambi & Truscott, 2004), las estrategias de afrontamiento (Bober & Regehr, 2006; Van Deusen & Way, 2006), el apoyo social (Bride, Jones et al., 2007), la supervisión (Ennis & Horne, 2003; Kadambi & Truscott, 2003) y la formación específica en trauma (Sprang et al., 2007).

En el ámbito de la formación diversos estudios han encontrado que *la menor edad y la falta de experiencia profesional* están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar síntomas de ETS (Badger et al., 2008; Kadambi & Truscott, 2004; McLean, Wade & Encel, 2003; Sprang et al., 2007). Por ello, es fundamental no solo atender a quienes ya ejercen su profesión, sino también considerar estrategias de prevención y apoyo para aquellos en formación.

## ESTRATEGIAS DE MITIGACIÓN

Si bien existen situaciones potencialmente traumatizantes, es posible instrumentar medidas de cuidado para mitigar su impacto. A partir de la revisión de la bibliografía se identifican diversas oportunidades de intervención, abarcando tanto el nivel individual como el colectivo, así como estrategias desarrolladas en ámbitos institucionales y formativos.

En el plano individual, una de las estrategias más efectivas para mitigar el ETS es el *autocuidado*, que implica la adopción de prácticas destinadas a promover la salud y prevenir el desgaste emocional. Betta et al., (2007), en un estudio con 113 psicólogos, identificaron que, de 15 conductas de autocuidado, 10 mostraban una correlación negativa con el ETS. Entre ellas destacan la supervisión de casos clínicos, el diálogo con colegas sobre experiencias laborales, la realización de actividades recreativas dentro y fuera del trabajo, el ejercicio físico y las prácticas de crecimiento espiritual.

Millon (2014) clasifica el *autocuidado* en dos niveles: *personal* y *profesional*. En el plano personal recomienda el ejercicio físico, una alimentación saludable, la gestión del tiempo libre y la asistencia a psicoterapia. En el ámbito profesional, enfatiza la importancia de evitar el trabajo aislado, fomentar el apoyo entre colegas, mantener un equilibrio entre la vida laboral y personal, recibir supervisión de casos, utilizar el sentido del humor y garantizar condiciones salariales adecuadas.

De manera complementaria, Solís y Silva (2022) encontraron en una muestra de 72 psicólogos clínicos de Jalisco que las conductas de autocuidado más frecuentes incluían la adecuación del espacio de trabajo, el uso del sentido del humor en el entorno laboral y la participación en actividades recreativas con familiares y amigos. En contraste, las prácticas menos comunes fueron el esparcimiento con compañeros de trabajo y la participación en actividades de crecimiento personal. Asimismo, identificaron que las actividades recreativas mostraban una correlación negativa con los síntomas de activación del ETS, mientras que el ejercicio físico se asoció con menores niveles de intrusión y evitación. No obstante, el deporte fue una práctica relativamente poco frecuente en la muestra.

Aunque las estrategias individuales resultan útiles, diversos estudios sugieren que su efectividad es limitada si no se acompañan de intervenciones *colectivas* y *estructurales*. En contextos de alta exposición al trauma, como el trabajo con víctimas de violencia, las estrategias individuales pueden no ser suficientes para contener el impacto acumulativo del ETS (Al-Tamimi & Leavey, 2021).

Las *estrategias colectivas* son clave para mitigar el ETS, ya que fomentan redes de apoyo, supervisión compartida y estructuras institucionales que protegen el bienestar de los profesionales de la salud mental. Estudios muestran que los psicoterapeutas que participan en *supervisión grupal* y *acompañamiento entre pares* presentan niveles significativamente más bajos de ETS que aquellos que afrontan el estrés de manera aislada (Al-Tamimi & Leavey, 2021).

En intervenciones comunitarias la combinación de *estrategias individuales* y *colectivas* ha demostrado ser más efectiva para reducir el impacto del trauma en profesionales expuestos a situaciones altamente demandantes (Al-Tamimi & Leavey, 2021). Para ello, las instituciones de salud mental deberían instrumentar *modelos híbridos* que integren tanto el *autocuidado*

*personal como estructuras organizacionales de apoyo, como la supervisión entre colegas y espacios de contención emocional.*

## ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES Y FORMATIVAS

Capacitación y supervisión en universidades y centros de formación: el autocuidado como un componente de la salud mental debe ser considerado una necesidad para preservar la salud mental y debería ser enseñado o promovido por las instituciones formativas o profesionales. En las universidades se pueden poner en marcha varias acciones para cuidar del ETS y fomentar el autocuidado, especialmente en programas que preparan a los estudiantes para profesiones de alto estrés. Estas acciones incluyen la evaluación regular de la supervisión para asegurar que los supervisores estén capacitados para reconocer y abordar el ETS; el registro detallado del tipo y la naturaleza de los casos atendidos por los estudiantes para identificar posibles fuentes de estrés o trauma; proporcionar información y recursos adecuados sobre el manejo del ETS y el autocuidado; seguimiento continuo del bienestar de los estudiantes para detectar signos tempranos de ETS y necesidades de apoyo, y capacitación específica en el manejo del trauma para equipar a los estudiantes con las habilidades necesarias para enfrentar situaciones traumáticas.

Además, es esencial incluir dentro del currículo universitario cursos específicos orientados al desarrollo de habilidades de autocuidado, los cuales deberían tener como objetivo específico enseñar a los estudiantes estrategias efectivas para gestionar el estrés, fomentar la resiliencia y mantener un equilibrio saludable entre la vida personal y profesional.

Espacios de contención dentro de instituciones de salud mental: en los entornos laborales de los psicólogos es fundamental generar condiciones que reduzcan el ETS. Para ello es clave fomentar una cultura organizacional que priorice el autocuidado, proporcionando recursos como salas de descanso, áreas de relajación y espacios para la actividad física. Además, la adecuación de horarios flexibles y descansos programados ayuda a prevenir el agotamiento profesional. Asimismo, es importante establecer mecanismos de apoyo entre colegas, como grupos de supervisión y mentoría, en que los profesionales puedan compartir experiencias, discutir casos complejos y recibir retroalimentación constructiva. Estas

estrategias fortalecen un ambiente de trabajo colaborativo y de apoyo mutuo, y mitigan los riesgos asociados al ETS.

Cultura organizacional y normativas internas para la prevención: para mitigar el ETS y el *burnout* las instituciones deben establecer normativas específicas que fomenten el bienestar de los profesionales de la salud mental. Entre estas estrategias se incluyen programas de autocuidado, sesiones periódicas de supervisión grupal y espacios de diálogo interinstitucional. Además, la consolidación de redes de apoyo institucionales es clave para fortalecer la resiliencia y reducir la incidencia de estas afectaciones (Al-Tamimi & Leavey, 2021).

*Task-Shifting* y modelos comunitarios: una estrategia efectiva para reducir el ETS en entornos institucionales es la delegación de tareas (*task-shifting*), donde miembros de la comunidad o profesionales en formación reciben capacitación para compartir la carga emocional del trabajo terapéutico. Este modelo ha demostrado ser exitoso en intervenciones comunitarias en contextos con escasez de profesionales de salud mental, reduciendo el desgaste en terapeutas expuestos al trauma (Al-Tamimi & Leavey, 2021).

En la práctica, esta estrategia implica la formación de equipos multidisciplinarios en los centros de salud mental, en los que terapeutas experimentados colaboran con psicólogos en formación o trabajadores comunitarios, redistribuyendo equitativamente la carga emocional del trabajo. Esto no solo disminuye la fatiga por compasión, sino que también fortalece las redes de apoyo institucional y fomenta un ambiente colaborativo.

La bibliografía respalda que los terapeutas que cuentan con supervisión compartida y apoyo entre pares presentan una menor incidencia de ETS y *burnout* (Al-Tamimi & Leavey, 2021). Para ello, es recomendable que las instituciones pongan en marcha programas de supervisión grupal periódica y mecanismos de apoyo profesional que fortalezcan la resiliencia. Además, la adopción de políticas que incluyan supervisión clínica, acceso a orientación psicológica, horarios flexibles y espacios de trabajo adecuados es clave para prevenir el ETS y promover el bienestar del personal.

## SÍNTESIS

En este documento se ha explorado la naturaleza del ETS, destacando las complejidades inherentes al tratar el trauma en diversos contextos, con un enfoque particular en México. La investigación sobre el ETS revela tanto la universalidad del sufrimiento humano como las particularidades contextuales que exacerbaban su incidencia y severidad. En México la violencia y las dinámicas sociopolíticas crean un terreno fértil para la proliferación del ETS, especialmente entre los profesionales de la salud mental, quienes enfrentan desafíos singulares debido a su exposición prolongada a relatos traumáticos.

Es esencial considerar la interacción entre factores individuales, organizacionales y sociales que influyen en el desarrollo del ETS. Las condiciones prevalentes en México, como la delincuencia organizada, la violencia de género y las deficiencias estructurales en el sistema de salud mental, no solo aumentan la exposición al trauma, sino que también limitan los recursos de apoyo disponibles. Este panorama enfatiza la necesidad de un enfoque multifacético para comprender y mitigar el ETS, considerando las especificidades culturales y estructurales del contexto mexicano.

En el ámbito de los psicoterapeutas se ha identificado que la capacidad empática y la exposición prolongada a relatos traumáticos son factores significativos en el desarrollo del ETS. La falta de autoconciencia y habilidades de autorregulación, así como el agotamiento debido a la sobrecarga laboral, también contribuyen a su vulnerabilidad. Es muy importante poner en marcha estrategias de autocuidado y formación continua en el manejo del trauma para estos profesionales, a fin de garantizar su bienestar y la calidad de atención a los pacientes.

En cuanto a las implicaciones prácticas, es fundamental instrumentar programas integrales de apoyo y prevención del ETS que se adapten a las necesidades de los profesionales mexicanos. Estas estrategias deben incluir el fortalecimiento de redes de apoyo institucional, la promoción del autocuidado y la formación continua en el manejo del trauma. Además, se deben considerar las políticas públicas que fomenten la salud mental y la resiliencia en las comunidades para garantizar un acceso equitativo a los servicios de apoyo psicológico.

Es necesaria una investigación adicional que profundice en el estudio de las dimensiones culturales y socioeconómicas que modulan el ETS en México, explorando cómo variables como el género, la clase social y el contexto laboral inciden en su prevalencia y manifestación. Evaluar la efectividad de las intervenciones instrumentadas para mitigar el ETS, con un enfoque en adaptaciones culturales y la sostenibilidad de las prácticas de autocuidado y bienestar profesional, es también decisivo.

El ETS no solamente es una consecuencia del trabajo en salud mental, sino un problema estructural que requiere respuestas integrales. La evidencia revisada sugiere que su prevención no puede recaer únicamente en el autocuidado individual, sino que debe complementarse con modelos organizacionales y políticas públicas efectivas. La instrumentación de redes de apoyo, supervisión grupal y estrategias transdiagnósticas es clave para garantizar el bienestar de quienes trabajan con poblaciones traumatizadas. En un contexto como el mexicano, donde la violencia y la exposición al trauma son constantes, resulta imprescindible fortalecer estas estrategias y generar mecanismos de prevención sostenibles. Únicamente así será posible garantizar que quienes cuidan a otros no sean, a su vez, víctimas del desgaste emocional y psicológico.

## REFERENCIAS

- Al-Tamimi, S. A. G. A., & Leavey, G. (2021). Community-Based Interventions for the Treatment and Management of Conflict-Related Trauma in Low-Middle Income, Conflict-Affected Countries: a Realist Review. *International Journal of Mental Health Systems*, 15, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00426-9>
- Almli, L., Fani, N., Smith, A. K., & Ressler, K. (2014). Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(2), 355-370. <https://doi.org/10.1017/S1461145713001090>
- Arman, K., Cayssials, V., & Izquierdo, D. (2022). Estrés laboral en médicos veterinarios y estudiantes avanzados dedicados a la clínica de pequeños animales. *Veterinaria (Montevideo)*. 59(219), pp. 1-14. <https://doi.org/10.29155/VET.59.219.3>

- Arvay, M. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23, 283–293. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1014496419410>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work*, 33, 63–71.
- Beck, C. T., LoGiudice, J. A., & Gable, R. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: Shaken belief in the birth process. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 16–23. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12221>
- Betta, R., 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. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80103902.pdf>
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1–9. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/brief-treatment/mhj001>
- Bossini, L., Casolaro, I., Santarnecchi, E., Caterini, C., Koukouna, D., Fernandez, I., & Fagiolini, A. (2012). Studio di valutazione dell'efficacia clinica e neurobiologica dell'EMDR in pazienti affetti da disturbo da stress post-traumatico [Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder]. *Rivista di Psichiatria*, 47(2), 12–15. <https://doi.org/10.1708/1071.11733>
- Bossini, L., Tavanti, M., Calossi, S., Polizzotto, N., Vatti, G., Marino, D., & Castrogiovanni, P. (2011). EMDR treatment for posttraumatic stress disorder, with focus on hippocampal volumes: a pilot study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 23(2), E1–2. <https://doi.org/10.1176/jnp.23.2.jnpe1>

- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4, 69–80. [https://doi.org/10.1300/J394vo4no3\\_05](https://doi.org/10.1300/J394vo4no3_05)
- Cabòs, J. (2013). *Fenomenología del sufrimiento: por una comprensión filosófica a partir de la obra de Arthur Schopenhauer* [Tesis de doctorado, Programa de Doctorado del EEES Ciudadanía y Derechos Humanos]. Universidad de Barcelona.
- Casillas, O. (2018). Intervención del sufrimiento, relaciones y estrés traumático secundario en trabajadores sociales. *Trabajo Social*. 20(1), 103–130.
- Corley, M. J., Caruso, M. J., & Takahashi, L. K. (2012). Stress-induced enhancement of fear conditioning and sensitization facilitates extinction-resistant and habituation-resistant fear behaviors in a novel animal model of posttraumatic stress disorder. *Physiology & Behavior*, 105(2), 408–416. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.037>
- Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A., & Benight, C. (2013). Secondary Traumatic Stress Among Mental Health Providers Working with the Military. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 917–925. [10.1097/NMD.000000000000034](https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000034).
- Dirección General de Evaluación y Consolidación (2021). *Encuesta Pública sobre atención a víctimas en México*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706084/Informe\\_Encuesta\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706084/Informe_Encuesta_2021.pdf)
- Ennis, L., & Horne, S. (2003). Predicting psychological distress in sex offender therapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 149–158. [10.1023/A:1022346100224](https://doi.org/10.1023/A:1022346100224)
- Figley, C. (1993). *Coping with Stressors on the Home Front*. 49(4), 51–71. [10.1111/j.1540-4560.1993.tb01181.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1993.tb01181.x)
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. CRC Press.
- Figley, C. R., & McCubbin, H. I. (1983). *Stress and the Family II: Coping with Catastrophe*. Routledge.

- Flores, R., Souza, L., & Oviedo, A. (2016). Estrés Traumático Secundario (ETS) en Periodistas Mexicanos y Defensores de Derechos Humanos. *Suma Psicológica*. 13(1), 101–111. <https://doi.org/10.18774/448x.2016.13.290>
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 275–282. [10.1037/0735-7028.25.3.275](https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.275)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). *Panorama estadístico de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes en México*. Organización de las Naciones Unidas.
- Glenn, D. E., Acheson, D. T., Geyer, M. A., Nievergelt, C. M., Baker, D. G., Risbrough, V. B., & MRS-II Team (2017). Fear learning alterations after traumatic brain injury and their role in development of posttraumatic stress symptoms. *Depression and Anxiety*, 34(8), 723–733. <https://doi.org/10.1002/da.22642>
- Guerra, C., & Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*. 45(2). 177–188. <https://doi.org/10.1344/%25X>
- Herrera, M., & Rodríguez, G. (2014). El sufrimiento social como un problema de salud pública. *Archivos en Medicina Familiar*. 16(4), 73–81. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144d.pdf>
- Hydon, S., Wong, M., Langley, A. K., Stein, B., & Kataoka, S. (2015). Preventing secondary traumatic stress in educators. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 319–333. [10.1016/j.chc.2014.11.003](https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.003)
- IASP (2020). *Terminología*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023, 23 de noviembre). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. [Comunicado de prensa]. <https://sc.inegi.org.mx/SIESVIM1/Asignador?ruta=/sievcml/Contenido/boletines/pdf/&nOMBREArchivo=NAC%202023.pdf>

- Jatzko, A., Rothenhöfer, S., Schmitt, A., Gaser, C., Demirakca, T., Weber-Fahr, W., Wessa, M., Magnotta, V., & Braus, D. F. (2006). Hippocampal volume in chronic posttraumatic stress disorder (PTSD): MRI study using two different evaluation methods. *Journal of Affective Disorders*, 94(1-3), 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.010>
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423-432. [10.1023/A:1020193526843](https://doi.org/10.1023/A:1020193526843)
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, 9, 216-230. [10.1177/153476560300900404](https://doi.org/10.1177/153476560300900404)
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer, and general practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38, 260-276.
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., Degenhardt, L., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Liberzon, I., & Abelson, J. L. (2016). Context Processing and the Neurobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuron*, 92(1), 14-30. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.09.039>
- Lommen, M. J., Engelhard, I. M., Sijbrandij, M., van den Hout, M. A., & Hermans, D. (2013). Pre-trauma individual differences in extinction learning predict posttraumatic stress. *Behaviour Research and Therapy*, 51(2), 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.004>
- Luciano, M., & Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Marín-Tejeda, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 9(2). 117-123. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282255144012>

- 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 & Psychotherapy*, 1(10). 10.1002/cpp.2068
- McLean, S., Wade, T. D., & Encel, J. S. (2003). The contribution of therapist beliefs to psychological distress in therapists: An investigation of vicarious traumatization, burnout and symptoms of avoidance and intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 417–428. 10.1017/S135246580300403X
- Millon, G. (2014). Autocuidado como respuesta al Estrés Traumático Secundario: Estudio desde el marco de la Mediación Familiar. *Revista de Psicología*. 4(7), 62–79. <https://repositorio.uvm.cl/server/api/core/bitstreams/8993971f-ce6b-43e1-816a-ebb4a5b91ebe/content>
- Morales, D. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*. 26(2). 135–144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Moreno, B., Morante, M., Garrosa, E., Rodríguez, R., & Losada, M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*. 22(1). 69–76. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522108.pdf>
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, (82), 5–27.
- Ojeda, R., Mul, J., & Jiménez, O. (2020). Calidad de vida laboral en personal de enfermería de un hospital privado en Yucatán. *RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 9(17), 430–458. <https://doi.org/10.23913/ricsh.v9i17.205>
- Pérez, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 20(5). 29–36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830193>
- Pitman, R. K., Shin, L. M., & Rauch, S. L. (2001). Investigating the pathogenesis of posttraumatic stress disorder with neuroimaging. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(17), 47–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11495097/>
- Pitman, R. K., Rasmussen, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological

- studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Pro, M. (2020). Reflexiones sobre el sentido del dolor, el sufrimiento y la muerte. *Cuadernos de Bioética*, 31(103), 377–386. 10.30444/CB.77
- Roden-Foreman, J. W., Bennett, M., Rainey, E., Garrett, J., Powers, M. B., & Warren, A. (2017). Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46, 522–532. 10.1080/16506073.2017.1315612
- Rothbaum, B. O., Kozak, M. J., Foa, E. B., & Whitaker, D. J. (2001). Posttraumatic stress disorder in rape victims: autonomic habituation to auditory stimuli. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 283–293. <https://doi.org/10.1023/A:1011160800958>
- Sánchez, H., Paz, D., Zárate, P., & Vergara, F. (2018). *Farmacobiología del estrés y del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Fundamentos de Psicofarmacología Clínica*. Manual Moderno.
- Santana, I., & Farkas, C. (2007). Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil. *Psyche*, 16(1), 77–89. 10.4067/S0718-222820070001000249
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2018). *Norma Oficial Mexicana nom-035-stps-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo- Identificación, análisis y prevención*.
- Solís, M., & Silva, L. (2022). Estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en una muestra de psicólogos clínicos de Guadalajara. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 2(24), 69–105. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i24.18540>
- 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, 259–280. DOI:10.1080/15325020701238093
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder PTSD Research Quarterly*, 8(2), 1–7.
- Subsistema de Información de Gobierno, Seguridad Pública e Impartición de Justicia (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las*

- Relaciones en los Hogares*. [Conjunto de datos] <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Van Deusen, K. M., & Way, I. (2006). Vicarious trauma: An exploratory study of the impact of providing sexual abuse treatment on clinicians' trust and intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 69–85. 10.1300/J070V15N01\_04
- Yehuda, R. (2000). Biology of posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl. 7, 14–21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11495096/>