

ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO Y CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN UNA MUESTRA DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS DE GUADALAJARA.

SECONDARY TRAUMATIC STRESS AND SELF-CARE BEHAVIORS IN A SIMPLE OF CLINICAL
PSYCHOLOGISTS FROM GUADALAJARA.

María Guadalupe Solís Ruíz, Luis Hernando Silva Castillo.

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México.

Correspondencia: luissilva@iteso.mx

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo evaluar el nivel de estrés traumático secundario (ETS) y su relación con las conductas de autocuidado en una muestra de psicólogos clínicos de Guadalajara, Jalisco. Para ello, se realizó una encuesta online a los participantes quienes fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico. Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos, la Escala de estrés traumático secundario (EETS) y la Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos (EAP). Los resultados obtenidos reportaron la existencia de ETS en alguna medida entre los psicólogos, así como una alta frecuencia de conductas de autocuidado. No se encontró una correlación significativa entre ambas escalas, pero sí existió correlación entre ítems específicos de la escala de autocuidado con la escala EETS. Por una parte, los resultados obtenidos corroboran hallazgos previos reportados en la literatura sobre el papel que pueden tener las conductas de autocuidado en el surgimiento de síntomas

relacionados al ETS, por otra parte, la investigación arroja evidencia de que las conductas de autocuidado pueden mitigar el surgimiento de síntomas de ETS, destacando principalmente aquellas enfocadas en la actividad física.

Palabras clave: *estrés traumático secundario, evaluación, prevención, psicólogos*

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the level of secondary traumatic stress (STD) and its relationship with self-care behaviors in a sample of clinical psychologists from Guadalajara, Jalisco. An online survey was conducted with 72 clinical psychologists who were selected non-probabilistically. A sociodemographic data questionnaire, the Secondary Traumatic Stress Scale, and the Self-Care Behaviors Scale for clinical psychologists (EAP) were applied. The results obtained show the existence of STDs to some extent among psychologists, as well as a high frequency of self-care behaviors. When performing a correlation between both scales, no correlation between scales was reported, but there was a correlation between specific items of the self-care scale and the EETS scale. The results obtained corroborate previous findings reported in the literature on the role that self-care behaviors can have in the emergence of symptoms related to STD, they also provide evidence that self-care behaviors can mitigate the emergence of STD symptoms, highlighting mainly those focused on physical activity.

Keywords: *secondary traumatic stress, assessment, prevention, psychologist*

De acuerdo con el DSM-5 (2014), el trauma es definido como cualquier situación en la que una persona se ve expuesta a escenas de muerte real o inminente, lesiones físicas graves o agresión sexual, ya sea en calidad

de víctima directa, cercano a la víctima o testigo. Por su parte, la CIE-11 (2018) entiende trauma como cualquier exposición a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante u horrorizante que probablemente producirá un malestar profundo en la mayoría de las personas.

Una adecuada conceptualización del trauma debe hacer énfasis en la “*exposición*” a tal tipo de situaciones y no solo en la existencia de la situación, las diversas formas de entrar en contacto o exponerse a la situación (directa e indirectamente), y por supuesto los efectos nocivos que resultan de esta exposición, lo que consideramos una condición necesaria para una definición cabal del trauma.

Existe evidencia de que la frecuencia de las experiencias traumáticas puede ser relativamente alta en la población general. En México, aproximadamente el 80% de la población ha experimentado un trauma alguna vez en la vida (Norris, et al., 2003), mientras que en países como Estados Unidos (50%), Chile (40%) y Alemania (20%) este indicador suele ser menor (Creamer, et al., 2001; Kessler, et al., 1995; Perkonigg, et al., 2000; Zlotnick, Johnson, et al., 2006).

Debido a la alta frecuencia del trauma en la población general, es importante atender las posibles complicaciones derivadas en el personal que trabaja en el área de la salud mental pues son quienes pueden experimentar el trauma de manera directa o secundaria. El trauma está asociado a distintos trastornos psiquiátricos que pueden afectar al personal tales como la depresión, trastornos de ansiedad y trastornos por estrés postraumáticos (Moreau y Zisook, 2002) así como la traumatización secundaria (Figley, 1995) que pueden desencadenar múltiples dificultades psicosociales relacionadas con problemas maritales, legales, disfunción familiar, desempleo, abuso de alcohol y suicidio (Figueroa, et al., 2016).

Estrés Traumático y Estrés Traumático Secundario

Las personas expuestas a situaciones traumáticas suelen experimentar reacciones emocionales muy intensas. Por ser anormales (poco frecuentes) estas situaciones generan respuestas desconocidas que deben ser atendidas y comprendidas como reacciones normales. Las reacciones a un acontecimiento traumático incluyen sentimientos intensos e impredecibles, alteración de los patrones de pensamiento y comportamiento, reacciones emocionales recurrentes, afectación de las relaciones interpersonales, y síntomas físicos. Sin embargo, este tipo de respuesta no se presenta únicamente en las personas que experimentan directamente el trauma, sino que estos síntomas pueden ser presentados por profesionales y cuidadores (e.g. Cornille y Meyers, 1999; Figley y Figley, 2017).

Por su parte, el estrés traumático secundario (ETS en adelante) hace referencia a los efectos presentes en redes de apoyo, cuidadores y/o personas encargadas del cuidado de aquellas personas que experimentaron o experimentan directamente eventos con impacto emocional. Los primeros estudios relacionados con el impacto indirecto del trauma se pueden rastrear en Figley (1993) quien originalmente etiquetó bajo el nombre de “victimización secundaria” a la pérdida de sueño y a la ansiedad general experimentada por profesionales del cuidado (principalmente terapeutas) ante los estresores con los que entran en contacto de manera mediada.

Posteriormente, Figley (1995) describió el fenómeno bajo la etiqueta de “fatiga por compasión” para referirse a las familias traumatizadas que dan soporte a la persona que experimentó directamente una situación traumática. Actualmente, se utiliza el concepto estrés traumático secundario (Figley, 1999) para referirse a un síndrome idéntico al estrés postraumático con la particularidad de que quien presenta la sintomatología no fue expuesto

directamente a un evento traumático. Según Figley (1995) el ETS puede ser definido como “las respuestas y emociones normales resultantes del conocimiento acerca a un evento traumático experimentado por un otro significativo” (p.7, traducción propia).

Según esta definición la diferencia entre el trauma primario y el trauma secundario radica en la naturaleza del estímulo estresor. Mientras que en el trauma primario la persona experimentó un evento que podría generar un notable distrés en la mayoría de las personas, en el trauma secundario el estresor es una experiencia que podría generar marcado distrés y que pudo poner en riesgo la integridad de un otro significativo.

El ETS se caracteriza por un conjunto de tres componentes de respuesta: re-experimentación, evitación y activación persistente. Los síntomas de reexperimentación pueden incluir el recuerdo del evento, sueños, experimentación repentina y distrés al momento de recordar el evento. Los síntomas de evitación incluyen los esfuerzos deliberados por evitar pensamientos, sentimientos o actividades relacionadas con la situación, amnesia psicógena o interés disminuido en actividades. Por último, los síntomas de la activación persistentes incluyen la dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades en la concentración, hipervigilancia, y respuesta de sobresalto exacerbada.

Condiciones de riesgo

Los principales recursos con los que suelen contar las personas expuestas a situaciones traumáticas incluyen la red de familiares, amigos, conocidos y profesionales especializados en cuidados de la salud. Por otra parte, las personas que brindan este apoyo pueden también ser traumatizadas como resultado de la mera exposición a las víctimas. La importancia de una

adecuada comprensión de este proceso resulta en un doble beneficio: En primer lugar, puede ayudar a prevenir el estrés traumático en esta población específica (profesionales que cuidan) y, en segundo lugar, podría redundar en una mejora en la calidad de los servicios brindados a las personas directamente expuestas al trauma.

Profesiones e individuos vulnerables. El costo del cuidado.

El contacto con las víctimas directas del trauma puede provocar que los profesionales de la salud mental sean afectados o *traumatizados* como resultado de este contacto. Entrar en conocimiento de un evento traumatizante experimentado por otra persona puede desencadenar una serie de emociones y comportamientos que resultan en estrés asociado a la ayuda o al deseo de ayudar a aquella persona que sufre (Figley, 1993).

Los profesionales de la salud, y específicamente los de la salud mental, tienen el encargo social de tratar a las víctimas de los eventos traumáticos, de escuchar los relatos derivados del sufrimiento humano, de observar y tratar las reacciones de miedo, impotencia y horror expresadas (Regan, et al., 2006). Por ejemplo, Joinson (1992) describió un síndrome que muchas enfermeras padecían a causa de su exposición a las historias traumáticas relatadas por sus pacientes. En este contexto se ha considerado que compasión y/o la empatía por los pacientes puede constituir un factor de riesgo para desarrollar lo que se denominó fatiga por compasión (Kottler, 1992).

Por otra parte, exponerse de manera continua a ese conjunto de manifestaciones emocionales de las personas traumatizadas puede conducir a un desgaste emocional progresivo que hace al profesional del

cuidado vulnerable al sufrimiento (Janoff-Bulman, 1992) y en ocasiones lo hace sentir que ya no puede dar más de sí mismo (Stamm, 1995, 1997).

Distintos estudios sobre trauma han reportado ETS en distintos profesionales cuya labor se encuentra vinculada a la ayuda, tales como bomberos y paramédicos (Meda Lara, et al., 2011), enfermeras (Costa, et al., 2021), trabajadores sociales (Bride, 2007; Caringi, et al., 2017), bomberos (Rojas-Quirós, et al., 2014), periodistas y defensores de derechos humanos (Flores, et al., 2016), terapeutas, profesionales de la salud mental (Betta Olivares, et al., 2007, Montero, 2014), entre otros.

El caso del psicólogo clínico

A partir de los años 80s se observó un incremento de las investigaciones sobre hechos traumáticos y las consecuencias inmediatas y mediatas en víctimas. Este fenómeno coincide con la introducción del Trastorno por Estrés Posttraumático al DSM III, donde por primera vez, los síntomas experimentados por personas traumatizadas son vistos como una entidad en sí misma, que pueden llegar a ser diagnosticados y, por ende, tratados (Sabas, 2012).

En una primera instancia Figley (1983, citado en Figley, 1995), principal referente en cuanto a la teorización y estudio de fenómenos relacionados con el desgaste por empatía; denominó al efecto de contagio traumático o trauma mediado como una forma de Burnout, un tipo de traumatización secundaria. A partir de ese momento se puso en contacto con numerosos profesionales, principalmente terapeutas para investigar respecto a su lucha con este tipo de factor estresante y sus efectos concomitantes, eventualmente asociado con su trabajo (Sabas, 2012).

En 1989, Figley (citado en Figley, 1995) expresó su preocupación al ver a tantos colegas y amigos abandonar el trabajo clínico o la investigación con personas traumatizadas por su dificultad para lidiar con el dolor de sus clientes. Entre el cliente traumatizado y el terapeuta operaba el mismo tipo de mecanismo psicosocial que se pone en marcha con los familiares que se contagian del trauma en el que se “infectan” unos a otros con su material traumático.

Por su parte, el psicólogo clínico en su labor debe escuchar historias de los consultantes, atender situaciones de pérdida, acompañar el dolor y el sufrimiento. Este tipo de psicólogo, pueden desarrollar síntomas relacionados con su labor, por ejemplo, aquellos profesionales que atienden víctimas de violación pueden desarrollar un disgusto extendido por los hombres, o en el caso de las personas que atienden víctimas de crímenes pueden sentirse “paranoicos” (Figley, 1993). Otro ejemplo, se encuentra en los terapeutas que atienden personas con trastorno por estrés postraumático quienes, según la evidencia, están en riesgo de presentar trauma secundario (Meda Lara, et al., 2011).

En síntesis, los psicólogos clínicos, como profesionales de la ayuda, son susceptibles de experimentar un efecto de contagio, en parte por su capacidad de empatizar, pueden presentar paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de aquella otra persona” (Meda Lara, et al., 2011).

Por una parte, es importante evaluar los niveles de estrés traumático en estas poblaciones para una vez identificado generar estrategias ya sea de prevención o de intervención y, por otra parte, constituye un deber ético para advertir y preparar a los clínicos para lo que puede ser considerado un peligro ocupacional (Munroe, 1995, citado por de Sabas, 2012).

Las conductas de autocuidado como moduladoras de síntomas de ETS

El estrés traumático está modulado por diversas variables como la respuesta empática, la memoria del trauma, las herramientas de afrontamiento y la presencia de fuentes adicionales de estrés. Figley y Figley (2017) propone un modelo con once variables predictores del ETS: 1) exposición al sufrimiento, 2) preocupación empática, 3) habilidad empática, 4) respuesta empática, 5) estrés por compasión, 6) memorias traumáticas, 7) exposición prolongada al sufrimiento, otras demandas vitales, 8) distanciamiento de las actividades del trabajo (mental y físico), 9) soporte social, 10) satisfacción con la labor de ayuda y, 11) el autocuidado.

El autocuidado puede definirse como el conjunto de competencias del psicoterapeuta para promover su salud, bienestar emocional y calidad de vida; además de detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional (Durruty Bostelmann, 2005), constituyen acciones personales encaminadas a mantener la vida, la salud, el bienestar (Guzmán, 2014). Estas conductas muestran una relación inversa con los componentes de la respuesta de estrés (Betta Olivares, et al., 2007; Montero, 2014, Guerra, et al., 2009).

Dentro de estas conductas se encuentra las acciones espontaneas dentro del espacio de trabajo, el apoyo y la supervisión, el dialogo con los compañeros de trabajo, la realización de actividades recreativas, el ejercicio físico, la práctica de actividades de espiritualidad, la asistencia a psicoterapia, las acciones encaminadas mantener mantener una alimentación adecuada y el cuidado del espacio de trabajo.

Respecto al papel de las conductas de autocuidado, Betta Olivares, et al. (2007) realizaron una investigación con una muestra de 113 psicólogos

chilenos para determinar la relación entre la frecuencia de emisión de estas conductas con los niveles de ETS y depresión. Los resultados mostraron que los profesionales con mayores índices de ETS y depresión fueron aquellos que mostraban menor frecuencia de emisión de conductas de autocuidado. Resultados similares fueron reportados por Montero (2014), quien evaluó las conductas de autocuidado y el nivel de ETS en profesionales de la salud mental. El autor encontró una asociación negativa entre la frecuencia de emisión de estas conductas y la intensidad de ETS. Es decir, a mayor frecuencia de emisión de conductas de autocuidado menores niveles de ETS. Montero (2014) reportó que las conductas de mayor frecuencia se relacionaban con el uso del sentido del humor, compartir experiencias de los usuarios y el trabajo con colegas y superiores.

Los trabajos sobre el autocuidado no solo se han limitado a estudios descriptivos y correlacionales, hay evidencia, con diseños pre-experimentales, que muestran la importancia de promover el autocuidado mediante intervenciones. Al respecto, Guerra, et al. (2009) demostraron que con un taller para de aumentar la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado se lograba disminuir los niveles de ETS presentes en psicólogos clínicos.

Otras variables moduladoras

Además del autocuidado, existen otras variables que podrían relacionarse con la respuesta de estrés, entre ellas se encuentra el número de horas de trabajo, el tipo de problemática atendida, el modelo terapéutico y la educación continua.

Respecto a las horas de trabajo, Flores, et al. (2016) realizaron una investigación con el objetivo de identificar la prevalencia de síntomas de

ETS en una muestra de 88 periodistas mexicanos y defensores de derechos humanos. Los autores reportan que quienes laboraban más de 40 horas a la semana mostraban más síntomas que quienes laboraban menos horas. Por su parte, Catherall (1998) propone que los psicólogos deben limitar el número de pacientes en tratamiento pues una de las variables implicadas en el desarrollo del ETS es el número de horas semanales con pacientes víctimas de algún trauma y la cantidad de pacientes a los que el terapeuta tiene que atender (Lind, 2000, recuperado de Moreno Jiménez, et al., 2004; Lee, 1996, recuperado de Moreno Jiménez, et al., 2004).

Los años de experiencia y su relación con el ETS han sido previamente estudiados. Al respecto, Betta Olivares, et al. (2007) realizaron una investigación con 113 psicólogos clínicos y encontraron que, aunque esta variable no resultó estar asociada a los niveles de ETS, si presentó una relación directa y significativa con la depresión. En la muestra del estudio, los psicólogos con más años de experiencia fueron los que presentaron índices mayores de depresión.

Respecto al tipo de problemática atendida, Cornille y Meyers (1999), en un estudio con trabajadores del servicio de protección de niños de Florida, se encontró que un mayor nivel de exposición a casos de abuso o negligencia en niños contribuye en mayor medida al desarrollo de ETS.

Por su parte, Morales (2018) encontró que el modelo terapéutico (logoterapia, psicoanálisis, cognitivo conductual parece relacionarse diferencialmente con el tipo de estrategias de autocuidado. El autor observó diferenciadores de acuerdo con la información que brinda cada modelo sobre el autocuidado a los terapeutas. Adicionalmente, los autores reportan que los sujetos entrevistados refirieron que la educación continua los dota

de una mejor comprensión de su labor terapéutica y más herramientas para ayudar y por ello se percibe menos pesado el trabajo. No obstante, el hecho de que el ETS no es una categoría diagnóstica presente en los manuales estadísticos de enfermedades mentales puede ser una razón por la que se encuentra poca investigación al respecto en los profesionales de la salud mental.

Los estudios a nivel nacional con profesionales de campos específicos de ayuda son limitados, en particular hay ausencia de información sobre profesionales del área de la psicología, en particular hay escasez sobre el ETS en psicólogos y sobre cómo estos desarrollan estrategias de autocuidado. Este estudio evalúa la presencia de ETS en este tipo de población, evalúa los niveles de autocuidado en la muestra e identificar la relación estadística existente entre los niveles de ETS y las conductas de autocuidado en una muestra de psicólogos clínicos de Guadalajara.

Se eligieron psicólogos que trabajan en el campo clínico, debido a que este grupo de profesionales se encuentran en constante contacto con diversas problemáticas sociales y emocionales. Este tipo de contacto regular sin conductas de afrontamiento adecuadas del profesional pudiera afectar el bienestar y desempeño del psicólogo, es por esta razón que la presente investigación se centra en dichos profesionales.

MÉTODO

Participantes

La muestra se formó por 72 psicólogos clínicos que se desempeñan como psicoterapeutas y que fueron seleccionados de manera no probabilística dependiendo de la accesibilidad. La muestra se conformó por 22 hombres y 50 mujeres con una edad promedio de 34 (D.E. 8.8) años y con un

promedio de experiencia en el campo de 8.9 años (D.E. = 7.1). El 75% de los participantes trabajaba en el sector privado, el 8.3% en el sector público y 6.9 % en ambos sectores simultáneamente. Este grupo contaba con 8 años de experiencia laboral en promedio, utilizaba mayoritariamente un modelo terapéutico cognitivo conductual (31.9% de los participantes) y la mayoría de ellos (45.8%) asistía a actividades de formación continua (cursos, talleres, diplomados, etc.) entre 2 y 3 veces por año (véase Tabla 3).

Tabla 3. Características de la muestra.

| Variable | n (%) |
|---------------------------|--------------|
| Sexo | |
| Hombre | 22 (30.6) |
| Mujer | 50 (69.4) |
| Estado civil | |
| Soltero | 41 (56.9) |
| Casado | 19 (26.4) |
| Unión libre | 5 (6.9) |
| Divorcio | 7 (9.7) |
| Sector de trabajo | |
| Privado | 54 (75.0) |
| Público | 6 (8.3) |
| Ambos | 11 (15.3) |
| No responde | 1 (1.4) |
| Modelo terapéutico | |
| Cognitivo-conductual | 23(31.9) |
| Conductual | 1 (1.4) |
| Contextual | 3 (4.2) |
| Gestalt | 4 (5.6) |
| Humanista | 2 (2.8) |
| Psicoanálisis | 9 (12.5) |
| Sistémico | 15 (20.8) |
| Modelo indefinido | 15 (20.8) |

Problemáticas atendidas

| | |
|----------------------------|-----------|
| Ansiedad | 29 (40.2) |
| Depresión | 11 (15.2) |
| Problemáticas indefinidas | 9 (12.5) |
| Problemáticas de pareja | 8 (11.1) |
| Violencia | 6 (8.3) |
| Trastornos de personalidad | 2 (2.7) |
| Neuropsicológicos | 2 (2.7) |
| Adicciones | 2 (2.7) |
| Problemáticas sociales | 1 (1.3) |
| Sexualidad | 1 (1.3) |
| Duelo | 1 (1.3) |

INSTRUMENTOS

Se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas e información laboral y dos escalas estandarizadas. Para la organización y análisis de datos se empleó IBM-SPSS® en su versión 25 y Microsoft Excel 2010.

Cuestionario de datos sociodemográficos e información laboral

Consistió un cuestionario que recabó información sociodemográfica (sexo, edad, estado civil), cantidad de horas laboradas, tipo de problemáticas atendidas, modelo terapéutico utilizado, años de experiencia laboral como psicoterapeuta y frecuencia de educación continua.

Escala de estrés traumático secundario

Esta escala evalúa síntomas de EETS en profesionales de ayuda. Cuenta con 17 ítems que miden síntomas en tres dimensiones: intrusión, evitación y activación (Bride, 2007, adaptada a Chile por Guerra y Saiz, 2007). Los ítems evalúan la frecuencia con que se han presentado los síntomas durante los últimos siete días por medio de una escala tipo Likert de cinco opciones que van desde 1 (nunca) hasta 5 (con mucha frecuencia). El

puntaje total se obtiene sumando las respuestas a los ítems. Bride (2007) señala un puntaje de 28 como punto de corte que indica presencia de ETS. El nivel de intensidad se determina de la siguiente manera: entre 28 y 37 puntos la sintomatología es “baja”, entre 38 y 43 puntos la sintomatología es “moderada”; entre 44 y 48 puntos la sintomatología es “alta” y por encima de 49 puntos la sintomatología es considerada “severa” (Guerra, et al., 2009).

En estudios previos la escala ha mostrado niveles de confiabilidad adecuados (e.g., Guerra, et al., 2009; Guerra y Saiz, 2007; Guerra Vio, et al., 2011). Con la presente muestra se encontraron niveles medios-altos de confiabilidad mediante el método de Alfa de Cronbach (escala total $\alpha = .89$, subescala intrusión $\alpha = .69$, subescala evitación $\alpha = .73$ y subescala activación $\alpha = .81$).

Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos (EAP)

La Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Betta Olivares, et al., 2007) cuantifica la frecuencia con que los psicólogos clínicos emiten conductas de autocuidado. Consta de diez ítems, ocho sobre conductas de autocuidado (frecuencia de actividades vinculadas a la psicología pero diferentes a la psicoterapia, supervisión de casos clínicos, dialogo con colegas a cerca de experiencias con el trabajo clínico, actividades recreativas con compañeros de trabajo, actividades recreativas con familia y/o amigos, ejercicio físicos, actividades de crecimiento espiritual, sana alimentación) y dos ítems sobre condiciones laborales de autocuidado (sentido del humor en el ambiente laboral y condiciones del espacio físico donde se trabaja). El formato de respuesta indaga por la frecuencia con que se emiten conductas o se dan condiciones laborales de autocuidado. Las opciones de respuesta se presentan en un formato Likert

que varía entre 0 (nunca) y 4 (muy frecuentemente). El puntaje total se obtiene sumando las respuestas a los ítems. Puntuaciones inferiores a 7 entran en la clasificación “nunca”; entre 8 y 15 en la clasificación de “casi nunca”; entre 16 y 23 en la clasificación “ocasionalmente” entre 24 y 31 se clasifican en “frecuentemente” y puntuaciones entre 32 y 40 se clasifican como “muy frecuentemente”.

En estudios previos la Escala de Conductas de Autocuidado ha mostrado niveles de consistencia interna, validez de constructo y validez convergente adecuado, por lo que se considera un instrumento válido y confiable (Betta Olivares, et al., 2007). El análisis realizado con la muestra del presente estudio encontró un nivel de confiabilidad medio para el total de la escala ($\alpha = .64$).

PROCEDIMIENTO

El contacto con los participantes se realizó vía correo electrónico o mensaje instantáneo en grupos de docentes de psicología de diferentes universidades. Se les comento a los psicólogos sobre las generalidades de la investigación en la que participarían y la dirección electrónica para acceder al formulario. Los instrumentos fueron digitalizados en conjunto con un consentimiento informado en el que se explicaba la naturaleza de la investigación. Los datos fueron recabados entre el 20 de mayo y el 06 de junio del 2020.

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma online. A cada participante se le presentó una pantalla con información sobre el objetivo de la investigación, el uso académico de los datos, la duración aproximada de la aplicación y la voluntariedad del procedimiento en conjunto con un botón con la palabra “acepto”. Una vez que los participantes aceptaban, se

les presentaba un cuestionario de datos sociodemográficos, la Escala de Estrés Traumático Secundario y la Escala de Conductas de Autocuidado para psicólogos clínicos. La respuesta a cada instrumento se realizó mediante un clic sobre un conjunto de opciones prediseñadas, a excepción de las preguntas sobre, años de experiencia en psicología clínica, número de usuarios atendidos a la semana, modelo terapéutico, problemáticas atendidas, para las que tenían que escribir con el teclado. Finalizado el llenado de las escalas, se agradeció la participación y se les pidió el correo electrónico para comunicarles los resultados una vez concluida la investigación.

Consideraciones éticas

La presente investigación se clasifica como “sin riesgo” de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Adicionalmente se alinea con el Código de ética de la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (FENAPSIME, 2018) en lo relativo a la investigación en psicología.

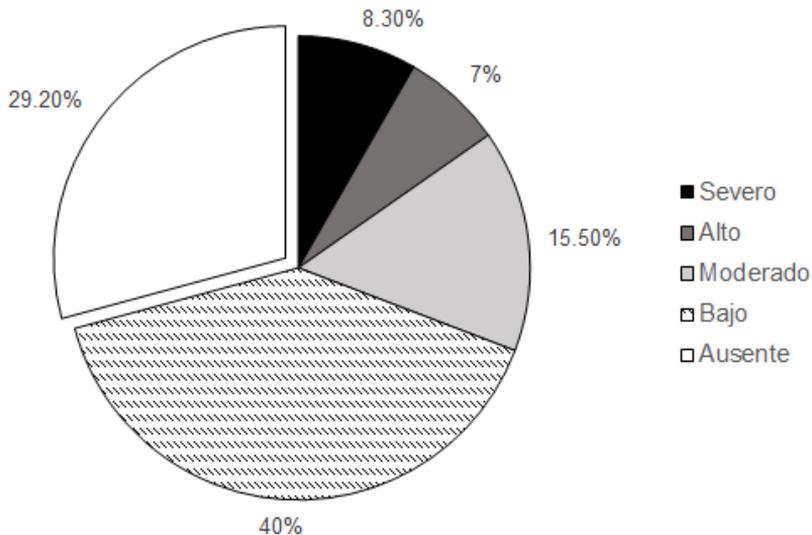
RESULTADOS

ETS

Se encontró que el 70.8% de la muestra presentó algún nivel de ETS. De ellos el 40.2% de la presentó un nivel bajo, el 15.5% un nivel moderado, el 7% en un nivel alto y el 8.3% un nivel severo. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo en ninguna de las subescalas, ni en la escala total (hombres Media: 32.7 D. E: 10.1; mujeres Media: 32.9, D.E: 9.1) (véase figura 1).

Figura 1

Porcentaje de participantes con los diferentes niveles de ETS.



En la Tabla 1 se presentan detalladamente los resultados de la Escala de Estrés traumático secundario. Las puntuaciones más altas se encontraron en el ítem 10 (Me sorprendí pensando en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo” con 2.37 en promedio, en el ítem 5 (“Me sentí desesperanzado/a al pensar en mi futuro”) con un promedio de 2.22, en el ítem 11 (“Tuve dificultades para concentrarse”) con un promedio de 2.21 y el ítem 7 (“Tuve poco interés por estar con otras personas”). En contraste, las puntuaciones más bajas se encuentran en los ítems 13 (“Tuve sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes”) con un promedio de 1.35, el ítem 12 (“Evité personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes”) con un promedio de 1.4 y en el ítem 3 (“Sentí como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con los que he trabajado) con un promedio de 1.64.

Tabla 1. Resultados en la escala de conductas de Estrés Traumático secundario, media, desviación estándar, y porcentaje de respuesta en cada categoría de la escala Likert.

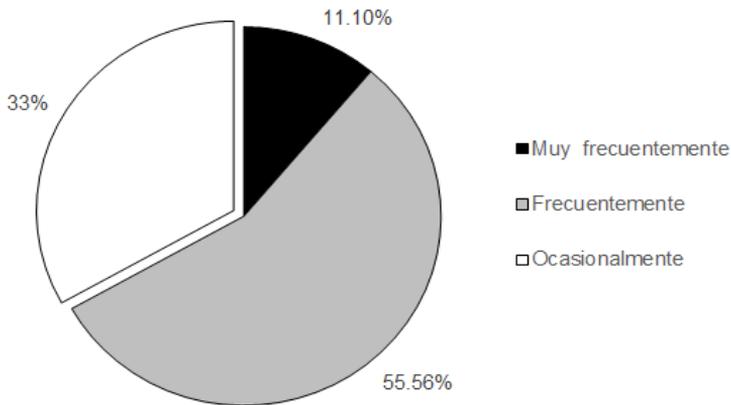
Autocuidado

Como se aprecia en la Figura 2, todos los participantes reportaron involucrarse en actividades de autocuidado en alguna medida; el 33.3% de ellos realiza este tipo de actividades “ocasionalmente”, el 55.6% de manera “frecuente” mientras que el 11.1% de manera “muy frecuente”.

| Ítems | Media | D.E. | Frecuencia % | | | | |
|---|-------|------|--------------|--------------|------------------|------------------|----------------------|
| | | | 1-Nunca | 2-Casi Nunca | 3-Ocasionalmente | 4-Frecuentemente | 5-Muy Frecuentemente |
| 1. Me sentí incapaz de experimentar emociones | 1.9 | 0.8 | 33.3 | 43.0 | 18.0 | 4.1 | 0 |
| 2. Cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte | 2.0 | 0.9 | 30.5 | 41.6 | 25 | 0 | 2.7 |
| 3. Sentí como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con las que trabajo. | 1.6 | 0.6 | 44.4 | 48.6 | 5.5 | 1.3 | 0 |
| 4. Tuve dificultades para conciliar o mantener el sueño | 1.9 | 0.9 | 34.7 | 38.8 | 19.4 | 6.9 | 0 |
| 5. Me sentí desesperanzado/a al pensar en mi futuro. | 2.2 | 1.0 | 29.1 | 33.3 | 26.3 | 8.3 | 2.7 |
| 6. Hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar | 1.8 | 0.7 | 30.5 | 54.1 | 11.1 | 4.1 | 0 |
| 7. Tuve poco interés por estar con otras personas | 1.9 | 0.9 | 43.0 | 29.1 | 20.8 | 6.9 | 0 |
| 8. Me sentí nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a | 2.1 | 0.8 | 23.6 | 44.4 | 23.6 | 8.3 | 0 |
| 9. Estuve menos activo/a de lo habitual | 2.0 | 0.9 | 36.1 | 36.1 | 22.2 | 2.7 | 2.7 |
| 10. Me sorprendí pensado en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo | 2.3 | 0.9 | 16.6 | 43.0 | 26.3 | 13.8 | 0 |
| 11. Tuve dificultades para concentrarme | 2.2 | 0.9 | 23.6) | 43.0 | 23.6 | 8.3 | 1.3 |
| 12. Evité personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes | 1.4 | 0.7 | 73.6 | 15.2 | 8.3 | 2.7 | 0 |
| 13. Tuve sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes | 1.3 | 0.7 | 75) | 18.0) | 5.5) | 0) | 1.3) |
| 14. He deseado evitar el trabajo con algunos pacientes. | 2.1 | 0.8 | 26.3 | 41.6 | 27.7 | 4.1 | 0 |
| 15. Me enojé con facilidad | 1.9 | 0.9 | 34.7 | 40.2 | 18.0 | 5.5 | 1.3 |
| 16. Tuve la sensación de que algo malo va a pasar | 1.8 | 1.0 | 47.2 | 33.3 | 9.7 | 8.3 | 1.3 |
| 17. Noté vacíos en mi memoria. | 1.8 | 0.9 | 40.2 | 40.2 | 13.8 | 1.3 | 4.1 |

Figura 2

Porcentaje de participantes en cada nivel de frecuencia de conductas de autocuidado.



En la Tabla 2 se presentan en detalle los resultados de la Escala de Conductas de Autocuidado. Las puntuaciones más altas (mayor frecuencia) se encontraron en el ítem 10 (“Considera su espacio físico de trabajo adecuado”) con 3.1 en promedio, en el ítem 3 (“Uso del sentido del humor en el ambiente laboral”) con 2.9 en promedio, y en el ítem 6 (“Realizar actividades recreativas con familia y/o amigos”) con 2.8 en promedio. En contraste, las puntuaciones más bajas se encuentran en los ítems 5 y 8, que evalúan la frecuencia de actividades recreativas con sus compañeros de trabajo (1.71 en promedio) y frecuencia de actividades de crecimiento espiritual (1.94 en promedio).

Tabla 2

Resultados en la escala de conductas de autocuidado, media, desviación estándar, y porcentaje de respuesta en cada categoría de la escala Likert.

| Ítems | Media | D.E. | Frecuencia % | | | | |
|--|-------|------|--------------|--------------|------------------|------------------|----------------------|
| | | | 0-Nunca | 1-Casi Nunca | 2-Ocasionalmente | 3-Frecuentemente | 4-Muy Frecuentemente |
| 1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia? | 2.6 | 0.8 | 0 | 8.3 | 40.3 | 34.7 | 16.7 |
| 2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos? | 2.5 | 0.9 | 2.8 | 12.5 | 30.6 | 38.9 | 15.3 |
| 3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor? | 2.9 | 0.7 | 0 | 0 | 30.6 | 44.4 | 25.0 |
| 4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico? | 2.8 | 0.9 | 0 | 11.1 | 26.4 | 31.1 | 26.4 |
| 5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo? | 1.7 | 0.9 | 9.7 | 33.3 | 34.7 | 20.8 | 1.4 |
| 6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)? | 2.8 | 0.9 | 0 | 6.9 | 27.8 | 36.1 | 29.2 |
| 7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)? | 2.3 | 1.1 | 4.2 | 16.7 | 31.9 | 30.6 | 16.7 |
| 8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)? | 1.9 | 1.1 | 9.7 | 23.6 | 37.5 | 20.8 | 8.3 |
| 9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación? | 2.7 | 0.8 | 0 | 6.9 | 31.9 | 44.4 | 16.7 |
| 10. ¿Con que frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)? | 3.1 | 0.7 | 0 | 2.8 | 16.7 | 47.2 | 33.7 |

Relación ETS-Autocuidado

Se correlacionó el puntaje total de la escala de autocuidado con el puntaje total de la escala de ETS y con cada una de las dimensiones de esta (activación, intrusión y evitación). Los resultados de la Tabla 3 muestran que no se encontraron correlaciones significativas.

Tabla 3

Correlaciones de Spearman-Rho entre la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos y cada Escala de estrés traumático secundario.

| Variables | | ETS | ETS: | ETS: | ETS: |
|-------------------------------------|----------|--------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| | | Escala total | Subescala intrusión | Subescala evitación | Subescala activación |
| Puntaje total escala de Autocuidado | r_{ho} | -.002 | -.001 | .050 | -.054 |
| | Sig. | .988 | .995 | .674 | .649 |

Aunque no se encontraron correlaciones significativas respecto a la totalidad de las escalas, se decidió examinar la posibilidad de correlaciones entre ítems específicos de la escala de autocuidado y las puntuaciones en ETS (ver Tabla 4). Mientras que en la mayoría de los ítems se encontró una correlación débil (menor a .33), cuatro de estos mostraron una correlación de moderada a baja (entre 0.33 y 0.66).

Tabla 4

Correlación de Spearman entre cada ítem de la escala de autocuidado y la escala de ETS

| Ítem Escala de Autocuidado | ETS TOTAL | ETS Subescala Intrusión | ETS Subescala Evitación | ETS Subescala Activación |
|--|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia? | .138 | .038 | .183 | .109 |
| 2. ¿Con qué frecuencia supervisa sus casos clínicos? | .034 | -.049 | .050 | .116 |
| 3. ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor? | .072 | .079 | .080 | .068 |
| 4. ¿Con qué frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de su experiencia personal relacionada con el trabajo clínico? | <u>.318*</u> | .201 | <u>.407*</u> | .213 |
| 5. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo? | .052 | .015 | .033 | .094 |
| 6. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)? | -.186 | -.214 | -.118 | <u>-.227*</u> |
| 7. ¿Con qué frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)? | <u>-.25*</u> | <u>-.301*</u> | <u>-.25*</u> | .135 |
| 8. ¿Con qué frecuencia participa usted en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)? | -.088 | -.157 | -.043 | -.002 |
| 9. ¿Con qué frecuencia usted mantiene una sana alimentación? | -.107 | -.173 | -.025 | -.137 |
| 10. ¿Con qué frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)? | -.215 | <u>-.24*</u> | -.207 | -.129 |

* $p < 0.05$

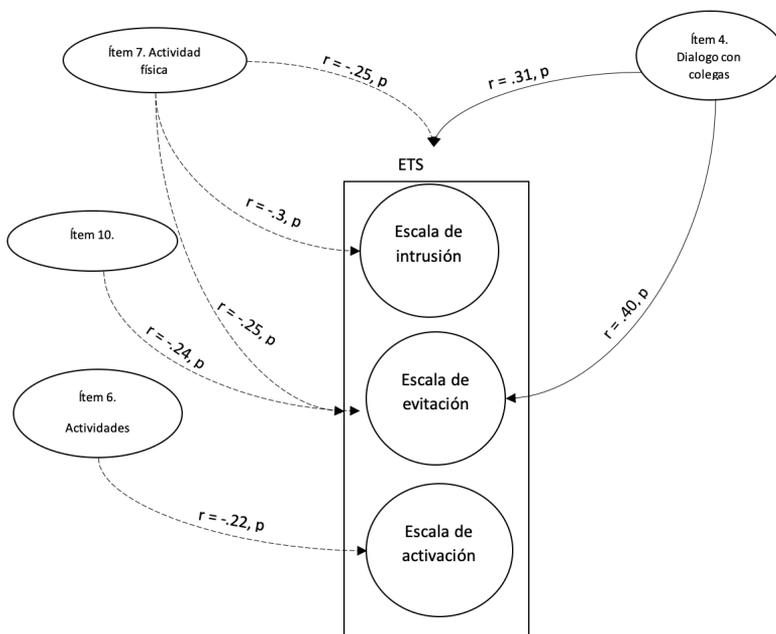
En la Figura 3 se presentan las correlaciones significativas obtenidas entre la escala de autocuidado y la escala ETS. Los ítems más estrechamente relacionados con el ETS son: (I) Ítem 7 que hace referencia a la práctica

de ejercicio físico o deporte y presenta una correlación **negativa** con la escala total, la escala de intrusión y la escala de evitación; (II) ítem 10 que también muestra una correlación **negativa** con la subescala de evitación, e (III) ítem 6 que evalúa la frecuencia en que se participa en actividades recreativas fuera del trabajo y muestra una relación **negativa** con la subescala de activación.

Las únicas correlaciones positivas halladas fueron (I) entre el ítem 4 y el total de la escala y (II) entre este mismo ítem y la subescala de evitación; esto sugiere que cuando aumenta la frecuencia del diálogo con colegas aumenta el nivel de ETS total y los síntomas de evitación.

Figura 3

Síntesis de las correlaciones significativas con dirección negativa (línea discontinua) y positiva (línea continua).



DISCUSIÓN

El estudio del ETS ha sido relevante para entender diferentes poblaciones que ofrecen atención a víctimas del trauma o personas en sufrimiento. Los estudios en otros contextos geográficos y culturales han prestado particular importancia a las estrategias y conductas de autocuidado como predictores del ETS.

El primer objetivo de la presente investigación fue identificar la presencia y nivel de ETS en la muestra y para ello se utilizó la Escala de Estrés Traumático Secundario que mostró un nivel adecuado de confiabilidad de manera semejante a como se ha reportado en estudios previos (Flores, et al., 2016). Se encontró una prevalencia considerable, ya que un 70.8% de la muestra tiene ETS en uno de sus cuatro niveles, del total 15.5% presentaron un nivel moderado, 8.3% niveles severos, un 7% niveles altos. Estos resultados muestran un panorama relevante en relación con la salud mental de los profesionales en psicología clínica, ya que la gran mayoría de los ellos presentó algún nivel o sintomatología de ETS derivada de la actividad profesional. Lo anterior pone en contraste la falta de investigación del ETS en nuestro país y brinda datos preliminares para dirigir la atención al desgaste laboral de nuestros profesionales de la salud mental. Estudios preliminares han evaluado las diferencias de sexos (e.g., Meda Lara, et al., 2011). Sin embargo, de manera similar a los hallazgos de este estudio no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que indica que no hay evidencia para suponer que el sexo sea un factor predisponente.

Los resultados muestran la importancia de seguir desarrollando investigación y volver la mirada hacia profesionales de la salud como los psicólogos, pues como se encontró, existe un porcentaje preocupante de

profesionales que presentan cuadros de desgaste emocional en niveles altos y severos relacionados con su práctica profesional. Es importante dar seguimiento no solo a esta investigación que muestra un primer estimado de la prevalencia en la población estudiada, sino a todas aquellas que estén dirigidas a identificar su presencia en otros profesionales del cuidado. Pues la identificación es el primer paso para el abordaje de una problemática.

El segundo objetivo de la investigación fue evaluar la frecuencia de conductas de autocuidado y determinar su relación con el ETS. Para ello, se identificaron los porcentajes por cada nivel de conductas de autocuidado arrojados por la escala EAP- Los resultados revelan que en general la muestra presenta niveles altos de conducta de autocuidado (muy frecuentemente 11% y frecuentemente 55.5%). Sin embargo, un 33.3% restante presentó ocasionalmente conductas de autocuidado. Lo cual indica que, aunque en general se presentan conductas de autocuidado (66 %) hay un porcentaje considerable de personas que presentan estos comportamientos en una baja frecuencia.

Dentro de las puntuaciones más altas se encuentra el procurar un espacio físico de trabajo adecuado y usar el sentido del humor en el ambiente laboral. Esto se puede deber a que en la mayoría de los casos los psicólogos tienen espacios propios para la consultoría que pueden ir ajustando a sus necesidades y comodidad, por lo cual considerarlo adecuado es uno de los ítems más altos.

Otra actividad con alta frecuencia fue la de realizar actividades recreativas con familia y/o amigos, pues parecen ser actividades importantes para los participantes. Respecto a las conductas más bajas reportadas se encuentra actividades recreativas con sus compañeros de trabajo y actividades de

crecimiento espiritual. Esto posiblemente se relaciona a que la mayoría de la práctica en psicología clínica se desempeña de forma individual, solamente integrando la labor entre usuario/paciente y psicoterapeuta.

Respecto a la relación entre las variables de autocuidado, los resultados mostraron que no existían correlaciones significativas cuando se correlacionó la puntuación total de la escala de autocuidado (EAP) con la escala total EETS o con cada una de sus dimensiones, lo que implica que la escala total no permite predecir los síntomas de ETS. Por lo cual en su generalidad se podría decir que no se ajusta a considerarse como un factor de protección para la presencia de ETS. Sin embargo, al no encontrar una relación entre la EAP y el ETS, se realizó una evaluación a mayor detalle para determinar la covariación entre cada ítem y las subescalas de la ETS. Se encontró que la práctica de ejercicio físico o deporte presenta una correlación negativa con la escala total, la subescala de **intrusión y la subescala de evitación** por lo que se puede considerar a la actividad física como un factor protector. Esta relación puede ser explicada porque la realización de actividades como el ejercicio puede competir con la presencia de rumiación al ser una actividad distractora por tanto puede disminuir la intrusión. Por otra parte, la práctica físico-deportiva tiene un efecto positivo sobre la salud física y mental debido a que produce liberación de endorfinas, lo que conlleva a una reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés (Barbosa Granados y Urrea Cuéllar, 2018). Practicar deporte es un buen predictor de bienestar subjetivo, a través del afecto positivo y de los niveles de felicidad (Díaz, 2018).

A nivel neurológico la actividad física trae importantes beneficios para cualquier persona independientemente de la condición de salud preexistente, ya que activa sistemas de neuroprotección fisiológica que

mejoran la función cognitiva global, las funciones ejecutivas, estimula la neurogénesis, desarrolla resistencia a la lesión neuronal, aumenta el crecimiento sináptico, mejora el aprendizaje y el rendimiento mental (Vera, et al., 2019). Además, mejora significativamente la cantidad y la calidad del sueño (cf., Figley, 1995).

El espacio físico del lugar donde se trabaja también muestra una correlación negativa con la subescala de **evitación, lo que lo constituye como un factor de protección**. Esto puede deberse a que buenas condiciones del espacio de trabajo, puede aportar un significado de pertenencia, comodidad y seguridad en el psicoterapeuta, reflejándose en su salud emocional y eficacia laboral. Elizondo y Rivera (2017) realizaron una recopilación de datos relacionados con la arquitectura, en la que refieren que la percepción de todo lo que nos rodea, invariablemente nos produce reacciones emocionales.

Las actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos) muestran una relación negativa con la **subescala de activación**. Como bien se conoce la realización de actividades recreativas tiene múltiples beneficios en las personas, por lo cual puede ser un factor importante para disminuir el contacto de recuerdos relacionados con el trabajo y por ende disminuir la activación de respuestas fisiológicas de estrés.

Por último, la relación entre la frecuencia en la que se dialoga con colegas sobre la experiencia personal y la escala total de ETS, así como la subescala de evitación sugiere que este factor podría considerarse de riesgo. Sin embargo, aunque haya una relación estadística, el dialogar con colegas más que identificarse como un factor de riesgo a la presencia o aumento de ETS puede ser una estrategia compensatoria para el manejo de niveles

altos de ETS, esto quiere decir que posiblemente entre más sobrecargados emocionalmente se encuentren, aumenta la conducta de dialogar con colegas y compartir su experiencia como recurso para el manejo del estrés ya presente, no que el hablar con compañeros genere sobrecarga.

De acuerdo con los estudios previos sobre la relación entre autocuidado y ETS, se coincide con los resultados de (Betta Olivares, et al., 2007), en los cuales las variables de realizar ejercicio físico y mantener un adecuado espacio físico de trabajo presentan una correlación negativa con el ETS. Pero se difiere en las correlaciones de las demás conductas de autocuidado. De igual manera este estudio difiere con la investigación realizada por Montero (2014) en Uruguay sobre los factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de ETS en profesionales de la salud mental, ya que en dicha investigación se encontró que, a mayor frecuencia de conductas de autocuidado, menor es el nivel de ETS.

Ambas diferencias encontradas en la presente investigación, posiblemente se deban a las variaciones en la muestra aplicada. Los participantes difieren en aspectos de contexto y culturales que pueden influir en la realización de actividades de autocuidado. Adicionalmente, el tamaño de la muestra es menor en la presente investigación y la homogeneidad de la muestra difiere, ya que en la investigación realizada por Montero (2014) los participantes fueron psicólogos y otros profesionales de la salud mental (psiquiatras, enfermeros y asistentes sociales, vigilantes). Además, la presente investigación no se realizó en una determinada institución, sino empleando el muestreo por accesibilidad, por lo que es probable que existan diferencias entre las actividades que realizan y el contacto que tiene ante situaciones de estrés y trauma.

Teniendo en consideración la información presentada se sugiere en el ámbito de formación del psicólogo clínico, incluir información y procesos de capacitación preventivos del ETS. También se sugiere ampliar el conocimiento de los profesionales en psicología sobre estrategias y habilidades para el manejo de dicho fenómeno relacionado con su labor mediante intervenciones ajustadas a las características de las personas (Betta Olivares, et al., 2007). A su vez la divulgación de los resultados puede ayudar a desestigmatizar los fenómenos de tipo psicoemocional que ocurren en los profesionales de atención al trauma, ya que es una consecuencia natural de las actividades que realizan en su trabajo.

Por su parte, el presente trabajo tiene algunas limitaciones que pueden atenderse en investigaciones futuras, un factor importante a mencionar es el momento social y de contingencia sanitaria, debida a la pandemia del virus SARCoV-2(Covid – 19). Lo cual pudo llegar a influir en múltiples aspectos, por ejemplo, cambios en la dinámica laboral de los profesionales, aspectos emocionales y de salud; además, la práctica de actividades recreativas pudo variar de acuerdo con la situación de aislamiento social por la que atravesaban los profesionales al momento de la recolección de los datos.

Como recomendaciones o sugerencias para futuras investigaciones, se consideraría el poder detallar y profundizar en las conductas de autocuidado que influyen más de manera negativa en el ETS, ya que en la presente investigación se observó que no todas las conductas tienen relación significativa. Esto permitirá mayor claridad y especificidad en la relación de las conductas de autocuidado y ETS. Además, aportará mayor conocimiento en factores de protección para la salud mental de nuestros profesionales.

Adicionalmente, podría ser de mucha utilidad obtener información cualitativa en futuras investigaciones mediante entrevistas en las que los profesionales puedan compartir sus percepciones sobre lo que ellos consideran son sus herramientas de cuidado emocional y sobre las situaciones o problemáticas atendidas que consideran generan mayor vulnerabilidad. Este método sería útil, ya que permitiría obtener información más amplia desde la propia experiencia del profesional y no solo limitarse a los contenidos de cada prueba.

Por último, se sugiere tener mayor control de las opciones de respuesta en las problemáticas atendidas. Brindando categorías ya establecidas en tipo de problemáticas. Ya que como se observó en la presente investigación, esta opción de respuesta fue abierta por lo que posteriormente, se tuvo que realizar clasificación de problemáticas de manera manual y no todas las problemáticas referidas por los participantes fueron claras dando lugar a problemáticas indefinidas.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición)*. Editorial Médica Panamericana.
- Barbosa Granados, S. H. y Urrea Cuéllar, A. M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud física y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 25, 141-160.
- Betta Olivares, R., Morales Messerer, G., Rodríguez Ureta, K. y Guerra Vio, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento Psicológico*, 9(3), 9-19.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52 (1), 63-70. doi: 10.1093/sw/52.1.63
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M., y Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, 23(2), 186–195. <https://doi.org/10.1037/trm0000061>
- Catherall, D. R. (1998). Treating traumatized families. En C. R. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic costs of caring* (pp. 187–215). CRC Press.
- Cornille, T.A., y Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.1177/153476569900500105>
- Costa, L. S. S., Cajueiro, P. L., Carrijo, S. P. L. y Rodrigues, A. K. L. (2021). **Estrés traumático secundario: cómo interfiere con el desempeño del profesional de enfermería.** *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 7(1). 38-56.
- Creamer, M., Burgess P., McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* 31(7), 1237-1247. doi: 10.1017/s0033291701004287

- Díaz, E. O. (2018). *Beneficios psicológicos de la práctica deportiva* [Trabajo Final de Máster Universitario en Universidad de La Laguna].
- Durruty Bostelmann, P. (2005). Ejes de autocuidado para el psicoterapeuta orientado a la prevención del síndrome de Burnout desde la perspectiva de la asertividad generativa. (Tesis de Licenciatura) Universidad de Chile.
- Elizondo S. A. M y Rivera H. N. L. (2017). El espacio físico y la mente: Reflexión sobre la neuroarquitectura. *Cuadernos de Arquitectura*. 7(7), 41-47.
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de psicólogos de México (2018). *Código de ética de las y los psicólogos mexicanos*. FENAPSIME.
- Figley, C. R. (1993). Compassion stress and the family therapist. *Family Therapy News*, 1-8.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder an overview*. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Sidran Press.
- Figley, C. R. y Figley, K. R. (2017). Compassion fatigue resilience. En E. M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, C. D. Cameron, & J. R. Doty (Eds.), *The Oxford handbook of compassion science* (pp. 387–397). Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780190464684.013.28
- Figuroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L. y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista Médica Chile*. 144, 643-655. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

- Flores M. R., Souza C. L., Ángela Oviedo M. A., y Bonilla A. J. F. (2016). Estrés Traumático Secundario (ETS) en Periodistas Mexicanos y Defensores de Derechos Humanos. *Suma Psicológica UST*, 13(1), 101-111. <https://doi.org/10.18774/448x.2016.13.290>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22 (4), 116-122.
- Guerra, V. C. (2011). Validez discriminante de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Suma Psicológica*, 8 (2), 39-44. <https://doi.org/10.18774/448x.2011.8.86>
- Guerra., V. C. Fuenzalida V. A y Hernández M., C. (2009). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el aumento de conductas de autocuidado y disminución del estrés traumático secundario en psicólogos clínicos. *Terapia psicológica*, 27(1), 73-81. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100007>
- Guerra, C. & Saiz, J. L. (2007). Examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: Un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15(3), 441- 456.
- Guerra Vio, C., Mújica Platz, A., Nahmias Bermúdez, A. & Rojas Vidal. N. (2011). Análisis psicométrico de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 43(2), 115-124.
- Guzmán, S. M. (2014). Autocuidado del adulto medio. En E. Camacho y C. Vega-Michel. (Ed.), *Autocuidado de la salud*. (42-54). ITESO.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52 (12): 1048-1060.
- Kottler, J. A. (1992). *Compassionate therapy: Working with difficult clients*. Jossey-Bass.

- Meda Lara, R. M., Moreno Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Arias Merino, E. D. y Palomera Chavez, A. (2011). Validación mexicana de la Escala de Estrés Traumático Secundario. *Psicología y Salud*, 21(1): 5-15.
- Moreau, C., Zisook, S. (2002). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatr Clin North America*. 25(4). 775-90.
- Montero, F. (2014.). Estudio de *factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental*. (Tesis de maestría). Universidad de la República, Uruguay.
- Morales, M. N. G. (2018). Herramientas y estrategias utilizadas para el autocuidado por los psicólogos clínicos guatemaltecos que trabajan como psicoterapeutas (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala de la Asunción.
- Moreno Jiménez, B., Morante Benadero, M. E., Losada Novoa, M. M., Rodríguez Carvajal, R., y Garrosa Hernández, E. (2004). El estrés traumático secundario: Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1), 69-76.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodríguez, F. G., y Rodríguez, J. d. J. G. (2003). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646 -56. . doi: 10.1037/0021-843X.112.4.646
- Perkonigg, A., Kessler, R.C., Storz, S. y Wittchen, H.U. (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*; 101(1): 46-59. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x
- Regan, J., Burley, H. L., Jr, Hamer, G., & Wright, A. (2006). Secondary traumatic stress in mental health professionals. *Tennessee medicine: Journal of the Tennessee Medical Association*, 99(4), 39–40.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Diario Oficial de la Federación.

- Rojas-Quirós, J. F., Salas Cabrera, J. y Barrantes, Brais, K. (2014). Participación en actividades físicas durante el tiempo libre y su relación con el estrés traumático secundario en bomberos. *Revista de Ciencias del Deporte*, 10(3), 163—176.
- Sabas, M. L. (2012). Síndrome de desgaste por empatía en psicólogos clínicos (Tesina de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Stamm, B. H. (Ed.). (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press
- Stamm, Beth. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*. 8. 1-6.
- Vera, H. J. A., Flores, F. K. L, del Carmen, A. N., Dávila S. L. B. (2019). La actividad física como factor benéfico a nivel neurológico. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, (3)1, 1403-1420.
- World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11va Revisión). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn. R., Vicente, B., Rioseco, P. y Saldivia. S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med*. 36(11), 1523-1533, doi: 10.1017/S0033291706008282

Envío a Dictamen: 6 enero 2022

Reenvío: 20 enero 2022

Aprobación: 2 febrero 2022

María Guadalupe Solís Ruiz, Egresada de la licenciatura en Psicología por la Universidad Enrique Díaz de León, misma institución en la cual se formó en la maestría en Psicología Cognitivo Conductual. Ha cursado entrenamientos en terapia de aceptación y compromiso (ACT), actualmente desempeñándose en el área psicología clínica y la docencia. Actualmente no tienen adscripción que haya brindado apoyo al proyecto por los que se considera investigadora independiente. **Correo electrónico:** guadalupesolistr@gmail.com

Luis Hernando Silva Castillo es egresado de la Universidad Nacional de Colombia, y tiene Maestría y Doctorado en Ciencia del Comportamiento en la Universidad de Guadalajara. Actualmente es Miembro del Sistema Nacional de Investigadores y desarrolla su investigación en el marco de la toma de decisiones enfocadas en el proceso de salud-enfermedad y tiene interés en el desarrollo de instrumentos objetivos de investigación y medición. Actualmente es profesor investigador del ITESO (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente) quien en conjunto con el Estímulo económico brindado por el Sistema Nacional de Investigadores financió parte del desarrollo de la investigación. **Correo electrónico:** luissilva@iteso.mx