

ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO: EL COSTE DE CUIDAR EL TRAUMA

Bernardo Moreno-Jiménez, María Eugenia Morante, Eva Garrosa y
Raquel Rodríguez
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Resumen

En los últimos años se ha ido elaborando un cuerpo teórico sobre los efectos del estrés en cuidadores, voluntarios y profesionales (Stamm, 1999). El planteamiento es «¿Quién cuida a los cuidadores?». Traumatización vicaria, desgaste por empatía o estrés traumático secundario son algunos de los términos usados para denominar los efectos de situaciones altamente estresantes o traumatizantes a las que tiene que asistir el personal sanitario, policías, psicólogos u otros profesionales involucrados en emergencias, desastres o en la atención general a cualquier tipo de víctimas. Los resultados de esta situación pueden llevar a la aparición de un estrés traumático secundario y a encontrar difícil la continuación de su trabajo. Las bases teóricas son recientes y están siendo propuestas desde 1995 por autores como Dutton, Figley, Janoff-Bulman, Stamm, etc. En este artículo se expone una visión global del tema y se presentan algunas reflexiones sobre los últimos modelos teóricos, además de la sintomatología y los efectos que este síndrome tiene en la salud de las personas.

PALABRAS CLAVE: *Estrés traumático secundario, teoría, modelos explicativos, sintomatología.*

Abstract

In recent years, a theoretical body on the effects of the stress in victims and in their caregivers, voluntary and professional, has been elaborated (Stamm, 1999). The approach is «Who cares for the caregivers?» Vicarious traumatization or compassion fatigue are some of the terms used to name the secondary traumatic stress produced by highly stressful and/or traumatic situations handled by the sanitary personnel, police, psychologists or other professionals involved in the management of these situations. Depending on the situation of these workers, they can experience a secondary traumatic stress or they can find it difficult to

continue with their work. Since 1995, authors such as Figley, Janoff-Bulman, Stamm, Dutton, etc. have been proposing the theoretical basis of the secondary traumatic stress. In this article, both a global view of this topic and some reflections on the latest theoretical models are offered, together with an account of the symptoms and the effects that this syndrome causes on the health of people.

KEY WORDS: *Secondary traumatic stress, theory, theoretical models, symptoms.*

Los planteamientos iniciales

De manera directa, los efectos postraumáticos que se derivan de las catástrofes son especialmente relevantes para aquellos que las sufren o padecen directamente. Pero no se puede decir que ellos sean las únicas víctimas. Los servicios sanitarios, bomberos o personal emergencias que han de trabajar en situaciones de especial confusión y carencia de medios, también sufren o pueden ser víctimas de la situación y padecer diversas alteraciones. El estrés traumático secundario es un riesgo psicosocial emergente que afecta principalmente a profesionales que desarrollan su trabajo con personas traumatizadas. La elaboración del cuerpo teórico sobre los efectos del estrés en los profesionales y voluntarios de la ayuda de emergencias es muy reciente y puede centrarse en los últimos años (Stamm, 1999).

Joison usó el término de *fatiga de compasión* en la revista *Nursing* aplicándolo a la profesión de enfermería. El concepto comenzó a utilizarse en 1992, y con él se describía el síndrome que muchas enfermeras padecían a causa de su exposición a las historias traumáticas de los pacientes que atendían. Aquel mismo año Jeffrey Kottler (1992), en su libro *La Terapia Compasiva*, acentuaba la importancia de la compasión o empatía con pacientes sumamente difíciles y resistentes como factor de riesgo para el desarrollo de la *fatiga de compasión*. Sin embargo, ni Joison ni Kottler definieron de modo preciso el problema.

Fatiga de compasión es un concepto que se ha desarrollado en el campo del estudio del trauma y que hace referencia a la tensión traumática secundaria, o lo que es lo mismo, al «coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional» (Figley, 1982).

Hay una gran cantidad de términos que describen este fenómeno. Sinónimos utilizados de *estrés traumático secundario* o *fatiga de compasión* son: *traumatización secundaria* (Follette, Polusny y Milbeck, 1994), *persecución secundaria* (Figley, 1982), *tensión traumática secundaria* (Figley, 1983, 1985, 1989; Stamm, 1995; 1997), *traumatización vicaria* (McCann y Pearlman, 1990a; Pearlman y Saakvitne, 1995a), y *sobreviviente secundario* (Remer y Elliott, 1988a; 1988b).

Un concepto similar, el *contagio emocional*, es definido como un proceso afectivo por el cual «un individuo que observa el sufrimiento en otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de aquella otra persona» (Miller, Stiff y Ellis, 1988). También se han utilizado los conceptos *crisis de familia* en contextos relacionados con la violación (Erickson, 1989; White y Rollins, 1981) y efectos de *proximidad* sobre los compañeros femeninos de veteranos de guerra (Verbosky y Ryan, 1988). Además, el término *estrés del cuida-*

dor (*caregives stress*; Hankin, Abueg, Murphy, 1993) hace referencia al estrés padecido por cuidadores y trabajadores sociales. Sin duda alguna, el concepto se enmarca en un cuadro teórico complejo que no resulta de fácil manejo.

El estudio y la elaboración teórica del *estrés traumático secundario* resulta incierta por la escasa literatura que existe al respecto, tanto a nivel teórico como metodológico. El tema se hace difícil cuando se considera la necesidad de elaborar un modelo integrador en el que interaccionen la naturaleza de evento traumático al que ha sido expuesto el cuidador, su historia personal, sus habilidades emocionales, sus características de personalidad y los factores ambientales que le rodean. No obstante estas dificultades, su estudio y el conocimiento de la incidencia del *estrés traumático secundario* en los profesionales y trabajadores de la ayuda a traumatizados parece altamente relevante.

El objetivo principal de este artículo es revisar los planteamientos teóricos que sobre este tema existen e intentar ampliar el marco de referencia del mismo. Se pretende además precisar el concepto y sus síntomas atendiendo a las últimas investigaciones.

La naturaleza del trastorno

En 1980 se incorporó al DSM-III (APA, 1980) el diagnóstico de estrés postraumático, introduciendo oficialmente el trauma psicológico en el campo de la psicología y la psiquiatría. Este concepto supuso numerosas investigaciones en el área del trauma (Figley, 1988, 1992a, 1992b). En estos trabajos se empezó a diferenciar entre el estrés traumático *indirecto* o *secundario* (el del cuidador) y el directo (el de la víctima). Con la aparición del DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV-TR (APA, 2000) se produce un cambio de paradigma, poniéndose el acento, no ya en el hecho traumático (qué requisitos debía reunir un evento para ser considerado traumático) sino en la reacción de la persona expuesta al evento traumático. La atención diagnóstica no se centra ya en si el individuo ha experimentado (*estrés postraumático*), o si ha presenciado o le han explicado (*estrés traumático secundario*) «acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás» (APA, 2000), sino en la forma que «la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos» (APA, 2000) y, como consecuencia de ello, experimenta tres clases de síntomas (APA, 2000): a) reexperimentación del hecho traumático, b) evitación y embotamiento psíquico, e c) hiperactivación. Si se produce esta respuesta se dice entonces que sufre de un *trastorno por estrés traumático*, independientemente de su origen directo o indirecto.

Figley, en 1983, definió el término de *estrés traumático secundario* como el conjunto de «aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro». Así, los desastres pueden afectar a nivel psicológico a una amplia gama de personas: aquellos directamente afectados, aquellos indirectamente afectados (v. gr., testigos, familiares...) y los ayudantes y trabajadores del rescate. En estos últimos casos, el estrés es una de

las mayores causas de trastornos y, si no se reconoce, acumulado, puede ocasionar enfermedades. En algunos casos es la misma cultura corporativa de la organización, institución, grupo o profesión la que propicia la aparición del problema al negarse a reconocer los factores emocionales. Ocurre cuando la política organizacional de algunos servicios de rescate, refractaria a la valoración emocional, dificulta a los trabajadores la identificación de las respuestas emocionales y los síntomas de estrés traumático secundario, lo que impide su reconocimiento y genera las bases para la aparición de problemas de toda índole. En otros casos es la lucha contra el tiempo lo que subyace a la aparición del problema, así algunas investigaciones (Figley y Stamm, 1999) han mostrado que los servicios extrahospitalarios se ven sometidos a una especial tensión, ya que sus decisiones, que pueden ser de extrema importancia, han de tomarse en un clima de precipitación y en ocasiones han de apoyarse en datos confusos e informaciones normalmente insuficientes, sabiendo además que de ellos dependen vidas humanas. Estas situaciones traumáticas pueden producir alteraciones en diferentes áreas de la vida de los trabajadores.

En este caso, la víctima puede sufrir síntomas de reexperimentación del hecho traumático (*flashbacks*, pesadillas, etc.), de evitación de los estímulos asociados al trauma, de embotamiento psíquico y emocional (sentimientos de desapego, anhedonia, amnesia total o parcial del hecho traumático, etc.), y de hiperactivación (hipervigilancia, dificultad para dormir, respuestas de sobresalto, irritabilidad, etc.). Estos síntomas, que muchas veces son de aparición tardía, pueden derivar de la exposición a un acontecimiento traumatizante o a una serie de ellos. A menudo, suelen ser mal interpretados y diagnosticados como depresión, trastornos psicóticos, simulación, etc. Se ha identificado una sintomatología del *estrés traumático secundario* que se manifiesta en una serie de reacciones cognitivas, emocionales, motoras y somáticas (ver Tabla 1).

Teniendo en cuenta esta sintomatología, los efectos del *estrés traumático secundario* podrían resumirse y clasificarse en: sintomatología ligera, conductas evitativas y respuestas de estrés postraumático. Janoff-Bulman (1992) ha recogido, como sintomatología importante y específica del síndrome, el cambio del marco cognitivo y emocional. La experiencia del trauma, directa o incluso indirecta, puede llegar a causar desequilibrios en la estructura familiar y requerir adaptación a la nueva realidad personal (Figley, 1998; Wilson y Kurtz, 1997).

En todo caso, es frecuente que se presenten estados de indefensión, fuerte estrés emocional e importantes reacciones psicósomáticas. En algunos casos incluso, si la situación no se ha resuelto adecuadamente y ha desembocado en verdadero desastre, pueden aparecer fuertes complejos de culpabilidad, que pueden llegar a facilitar la aparición de ideas suicidas.

Los efectos aludidos ponen claramente de manifiesto la importancia de las reacciones y efectos psicológicos ante las catástrofes de los mismos profesionales que tienen que atenderlas y evidencia así mismo la urgencia de su estudio y la ineludible necesidad de formar técnicamente en estos aspectos al personal técnico que ha de intervenir en estas situaciones.

Tabla 1
Sintomatología del Estrés Traumático Secundario

Reacciones cognitivas

- Sueños y pesadillas recurrentes sobre el desastre
- Problemas de concentración
- Recuerdos de cosas
- Cuestionamiento de creencias espirituales
- Pensamientos de amor insistentes hacia alguien que murió en el desastre

Reacciones emocionales

- Sentimientos de paralización
- Ausencia o dispersión
- Miedo y ansiedad ante eventos
- Sonidos u olores que recuerdan al desastre
- Sentimientos de falta de gozo en actividades cotidianas
- Estado de depresión la mayor parte del tiempo
- Ira o irritabilidad intensa
- Sensación de vacío o desesperanza hacia el futuro

Reacciones motoras

- Sobreprotección en la seguridad propia y la de su familia
- Auto aislamiento
- Hipervigilancia
- Problemas de sueño
- Evitar todo aquello que le recuerde el desastre
- Tener conflictos progresivos con los miembros de la familia
- Mantenerse excesivamente ocupado para evitar pensar acerca de lo sucedido
- Estar sensible o lloroso sin razón aparente

Reacciones somáticas

- Insomnio
- Dolores de cabeza
- Malestar estomacal
- Tensiones musculares
- Aceleración del ritmo cardíaco
- Temperatura corporal fluctuante

Nota: Cuando se acumula el estrés, los síntomas pueden empeorarse y desembocar en enfermedades agudas.

Teorías y modelos explicativos

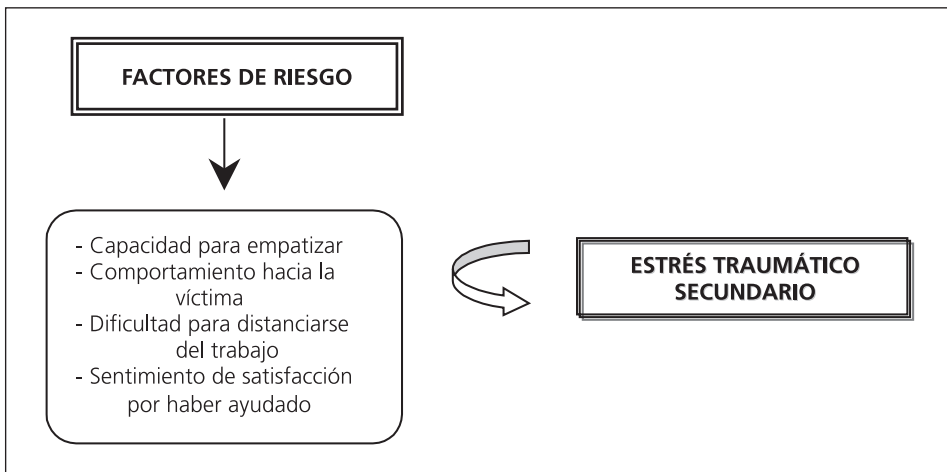
Desde 1992, la mayoría de los estudios (Stamm, 1999) se han enfocado en dos grandes grupos que han sido identificados como los de mayor riesgo: personal de servicios de emergencia y servicios de protección social. Según Cazabat (1998), quienes trabajan en el área del trauma o en general con el sufrimiento humano (psicoterapeutas, médicos, enfermeros, personal de rescate, etc.) son especialmen-

te vulnerables al *desgaste por empatía*, debido a que la empatía es uno de los recursos más importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes. Elliot y Briere (1991) han mantenido la idea de que existe una importante relación entre la exposición al material traumático y el estrés psicológico. En tales casos aparece un incremento de síntomas (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979), disociación y problemas de sueño (Elliot y Briere, 1991), síntomas todos ellos con rangos clínicos muy por encima de aquellos terapeutas que no habían sido expuestos a material traumático.

Numerosos autores han desarrollado modelos que explican varios de los aspectos relacionados con la naturaleza del *estrés traumático secundario* (Beaton y Murphy, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; Figley, 1995). En el núcleo de la mayoría de estas teorías se encuentra el concepto central de empatía, uno de los recursos principales de aquellos que trabajan con traumas y de clara importancia tanto a la hora de valorar el problema como de formular un tratamiento adecuado. La investigación realizada sugiere precisamente que el mismo recurso básico del profesional puede ser un factor de vulnerabilidad a la hora de padecer el síndrome, de forma que genere en el profesional una sintomatología similar a la de la víctima (Figley, 1995).

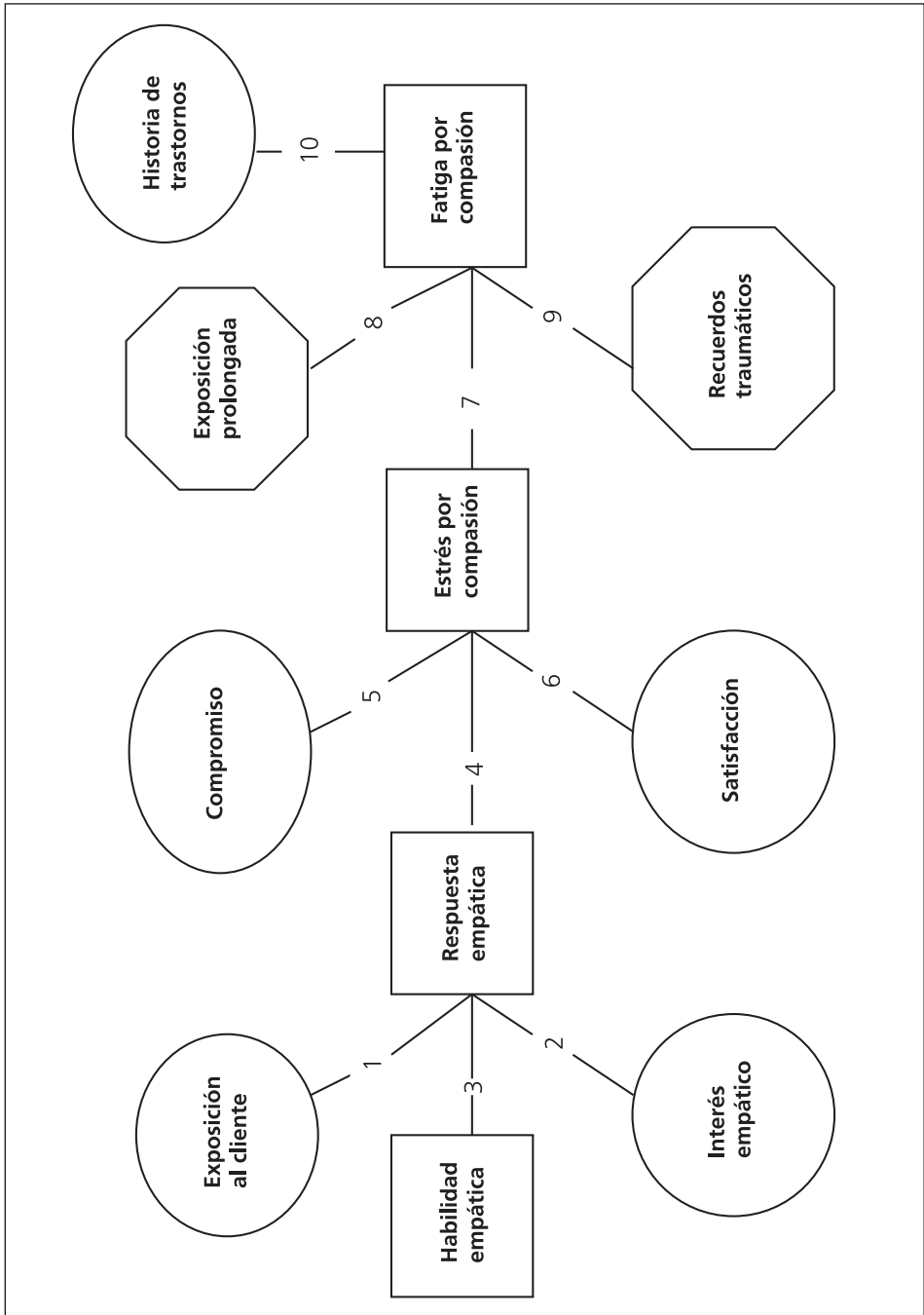
Figura 1

Modelo Teórico de Charles R. Figley (1995)



Charles Figley acuñó, en 1995, el término *compassion fatigue*, traducido como *desgaste por empatía*. Anteriormente, este mismo fenómeno fue descrito por primera vez, por el mismo Figley (1983), como *victimización secundaria*. En su modelo, Figley indica cuatro factores relacionados con el profesional de la ayuda que juegan un importante papel en la predisposición a experimentar *estrés traumático secundario*: la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción de poder ayudar (ver Figura 1). Posteriormente, Figley introduce como elemento importante en el

Figura 2
Modelo Teórico de Charles R. Figley (1995, 1997)



proceso de adquisición del *estrés traumático secundario*, y junto con el proceso empático, la propia experiencia o historia traumática del cuidador (ver Figura 2). La empatía nos ayuda a comprender el proceso traumático por el que está pasando la víctima, pero durante ese proceso de comprensión, el profesional puede llegar a traumatizarse del mismo modo (Figley, 1997). Esto a su vez se puede ver potenciado por la posible historia de trastornos del profesional y sus recuerdos traumáticos, lo que puede ser un factor importante en el proceso de adquisición de dicho síndrome, sobre todo si son similares a los de la víctima (Figley, 1997). En este modelo interactivo aparecen conceptos como la falta de compromiso (*disengagement*) y la satisfacción —procesos 5 y 6, respectivamente—. Schauben y Frazier (1995) encontraron que la falta de compromiso correlacionaba negativamente con las medidas en *estrés traumático secundario*. Indican que un elevado sentimiento de satisfacción por el trabajo realizado y un cierto distanciamiento hacia el dolor de la víctima pueden ser variables protectoras en el padecimiento del *estrés traumático secundario*.

El hecho de haber sufrido anteriormente algún trauma ha sido objeto de diferentes estudios y análisis. Según Cazabat (1998), la historia personal del profesional y especialmente el hecho de haber experimentado algún tipo de evento traumatizante en su vida sería un factor de vulnerabilidad. Los traumas vividos por el trabajador, y especialmente los no resueltos, podrían ser activados por la situación de ayuda. Cuando el profesional ha experimentado un trauma similar existe el peligro de generalizar las propias experiencias y los métodos personales de afrontamiento. El terapeuta puede asumir que ambos, profesional y víctima, tienen exactamente el mismo problema y proponer tratamientos que funcionan consigo mismo, pero que podrían ser inefectivos, o peor aún, inapropiados para la víctima. Es posible, además, que los cuidadores puedan albergar conflictos traumáticos sin resolver cuya reaparición sea provocada como resultado de las experiencias traumáticas de los clientes (Follette *et al.*, 1994).

Los abusos sexuales e interpersonales parecen igualmente ser un factor generador del *estrés traumático secundario* pues el problema parece tener una alta prevalencia en terapeutas de víctimas de abuso sexual. Simonds (1997) ha encontrado que la exposición del terapeuta a los traumas de abuso sexual de sus clientes está significativamente relacionada con las reacciones de *estrés traumático secundario* y la ruptura de esquemas cognitivos (McCann y Pearlman, 1990b). Schauben y Frazier's (1995) en un estudio empírico con terapeutas, encontraron que aquellos que trabajan con víctimas de abuso sexual experimentan mayor angustia emocional y creencias disfuncionales que otros profesionales. Por su parte, Lee (1996) considera que los terapeutas de familia y pareja experimentan niveles moderados de *estrés traumático secundario*, y que variables como los esquemas cognitivos del terapeuta, el apoyo social con el que cuente, el número de casos en los que intervenga, el nivel de satisfacción con la ayuda prestada y el número de horas que pasa a la semana escuchando material traumático, correlacionan significativamente con la sintomatología de *estrés traumático secundario*. Complementariamente, Dickes (2001) ha encontrado que la historia de abusos físicos y sexuales en la infancia del terapeuta está significativamente relacionada con el riesgo de padecer *estrés traumático secundario* en su actuación profesional.

Otro dato que ha aparecido en no pocos estudios es la mayor prevalencia del problema en la mujer. En un estudio con psicoterapeutas que trabajaban con víctimas de abusos sexuales, se encontró que los terapeutas femeninos padecían muchos más síntomas de *estrés traumático secundario* que los terapeutas masculinos (Kassam-Adams, 1995). Igualmente, en estudios con soldados y personal de rescate en montaña, el nivel de estrés fue mayor en mujeres que en hombres (McCarroll, Ursano y Fullerton, 1993). Meyers (2002) afirma que las mujeres profesionales informan de un mayor número de síntomas que sus compañeros varones.

Los traumas infantiles son otro factor de riesgo de padecer *estrés traumático secundario*. Policías, bomberos y otros trabajadores de emergencias son más vulnerables al *estrés traumático secundario* cuando tratan el dolor de los niños (Beaton y Murphy, 1995). Según Cazabat (1998), quienes trabajan con niños están más expuestos dado que el trauma y el sufrimiento infantil afecta más intensamente a los trabajadores (Cazabat, 1998). Meyers y Cornille (2002) han encontrado igualmente que el trabajo con niños acentúa la incidencia del *estrés traumático secundario* incrementando el número de pesadillas, pensamientos intrusivos y sentimientos de ira.

Hay además otros factores complementarios que también parecen tener su propio rol en la génesis del síndrome. Los años de experiencia del terapeuta en el campo del trauma y el número de casos que se tiene que atender son dos de ellos. La experiencia suele ser considerada como un factor de resiliencia (Chrestman, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; Hellman, Morrison y Abramowitz, 1987; Rodolfa, Kraft y Reilly, 1988), y la frecuencia como un factor de vulnerabilidad. A su vez, aquellos más frecuentemente expuestos al trauma son más proclives a padecer ansiedad severa, pensamientos recurrentes e impulsos. Lind (2000) ha expuesto la existencia de una relación positiva entre el número de horas semanales con pacientes víctimas de algún trauma y la aparición del síndrome. También se ha recogido el hecho de que los síntomas de estrés psicológico son menores en aquellos que dedican parte de su tiempo a otras actividades que no estén asociadas al hecho traumático.

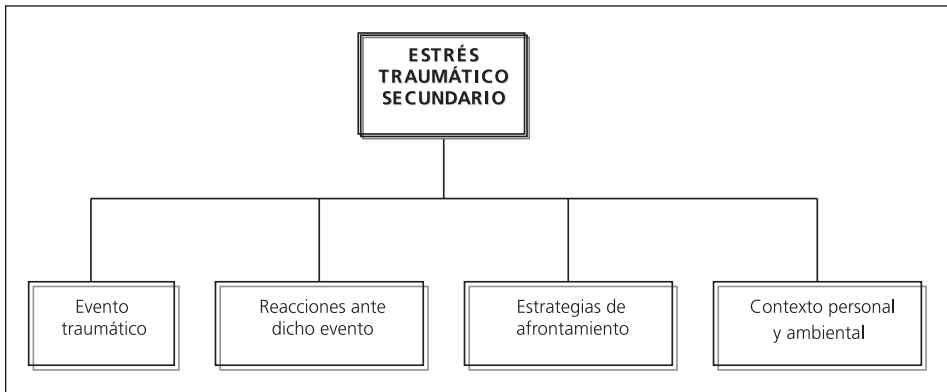
El tema de las estrategias de afrontamiento ha merecido atención especial. Valent (1995) ha expuesto que llegar a identificarse con la víctima del trauma conlleva desarrollar estrategias de afrontamiento inadecuadas. Por ejemplo, conductas sobreprotectoras o de excesiva atención hacia la víctima pueden llegar a producir en el profesional sanitario sentimientos de angustia y nerviosismo. En el mismo sentido, Moran (1998, 1999) y Taylor (1996), entre otros, apoyan el papel del humor como moderador dentro del proceso de desarrollo del *estrés traumático secundario*.

Además de los diferentes modelos que han propuesto la presencia de diferentes factores en la génesis del síndrome, han aparecido también modelos que insisten en la complejidad y en los factores interactivos. Paton y Violanti (1996), en una muestra formada por policías, bomberos y profesionales del servicio médico de emergencia, han descrito el *estrés traumático secundario* en términos de interacciones complementarias entre la persona, el evento traumático y el contexto social y organizacional que rodea al sujeto. Marmar, Weiss, Metzler y Delucci (1996) en un estudio amplio y con un grupo de control comprobaron la presencia en el síndrome de variables demográficas, personales y organizacionales. Estudiaron a 157 trabajadores del Servicio de Emergencia de San Francisco y a 201 trabajadores no

involucrados en servicios de ayuda. Tomando como variables intervinientes los niveles y tiempos de exposición a material traumático, un perfil de personalidad (medido con el *Hogan Personality Inventory*) y otras variables personales como el lugar de control y las estrategias de afrontamiento (medidas con el *Ways of Coping Questionnaire*) encontraron que aquellos sujetos con mayores niveles de estrés traumático eran sujetos jóvenes, con gran exposición a material traumático, ambiciosos, con estrategias de afrontamiento escape-huída y locus de control externo. El dato de la juventud como variable independiente ha sido también expuesto por otros autores.

Dutton y Rubinstein (1995) han propuesto un modelo teórico explicativo del *estrés traumático secundario* en el que existen cuatro componentes diferentes: el evento traumático al cual el cuidador ha sido expuesto, sus reacciones ante dicho evento, las estrategias de afrontamiento que utiliza y el contexto personal y ambiental en el que se encuentre (ver Figura 3).

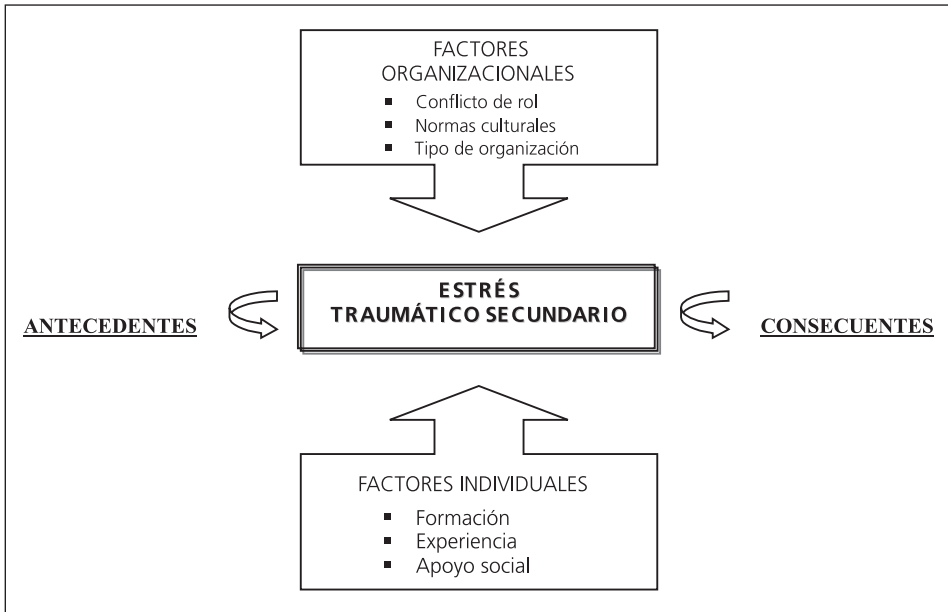
Figura 3
Modelo Teórico de Dutton y Rubinstein (1995)



Beaton y Murphy (1995) han desarrollado un modelo con similares componentes a los establecidos por Dutton y Rubinstein (1995), pero destacando el papel de los factores organizacionales (v. gr., conflicto de rol, normas culturales, tipo de organización) y de determinadas características personales (la formación, la experiencia, el apoyo social...) como elementos mediadores que pueden potenciar la experiencia de *estrés traumático secundario* (ver Figura 4).

Posteriormente, Rudolph, Stamm y Stamm, (1997) examinaron los riesgos potenciales y los factores mediadores en el desarrollo del *estrés traumático secundario*, teniendo en cuenta dos variables: el sexo y los niveles de entrenamiento (licenciatura, postgrado y doctorado). Los resultados fueron que los cuidadores con un nivel de entrenamiento de postgrado fueron los que presentaron un riesgo mayor de desarrollar *estrés traumático secundario* y burnout en comparación con el resto del grupo. Por el contrario, los licenciados tenían un menor riesgo de desarrollar ambos síndromes. En los dos niveles de análisis, los doctores fueron los que presen-

Figura 4
Modelo Teórico de Beaton y Murphy (1995)



taron un riesgo moderado. En la subescala de satisfacción personal, se observó una interacción de la variable sexo con el nivel de entrenamiento. Los doctores, tienen mayor calidad de vida, mientras que las doctoras y los hombres con formación de master muestran los niveles más bajos de satisfacción. A su vez, uno de cada tres cuidadores informó de alto riesgo de desarrollar *estrés traumático secundario*, mientras que uno de cada dos lo tenía de padecer burnout.

Los modelos teóricos presentados han ido paulatinamente incluyendo en la explicación del problema los elementos más relevantes presentes, pero la mayoría de ellos están expuestos todavía a un nivel muy básico y se carecen de estudios y modelos que muestren la interacción entre ellos y su desarrollo longitudinal. Poco a poco han ido apareciendo modelos integradores e interactivos pero ni las variables de la víctima, de la situación, de la historia del profesional o del contexto organizacional están suficientemente tratadas ni lo está su desarrollo e interacción en el tiempo.

Las diferencias de diagnóstico: estrés traumático secundario, estrés postraumático, *burnout* y contratrasferencia

Finalmente, conviene señalar la dificultad encontrada para diferenciar el *estrés traumático secundario* de otros trastornos como el estrés postraumático y el estrés laboral crónico o desgaste profesional.

Si el síndrome de estrés postraumático es aquel que pueden llegar a desarrollar las personas que han sido víctimas directas de una situación altamente estresante, el *estrés traumático secundario* es aquel que pueden desarrollar aquellas personas que han sido testigos de las consecuencias que esos eventos estresantes tienen en las víctimas del trauma.

Por lo que respecta a las respuestas de estrés son similares a las identificadas en el estrés postraumático. Sin embargo, es en el tipo de exposición al trauma, directa o indirecta, donde encontramos diferencias significativas entre uno y otro. Los síntomas del trastorno secundario están directamente relacionados con los experimentados por la víctima primaria (Stamm, 1995). Sin embargo, es en el tipo de estresor y en la respuesta durante y después del evento traumático (Figley, 1995), donde se encuentran las principales diferencias entre ambos constructos. En el estrés postraumático, el estresor es el acontecimiento, en el estrés traumático secundario es el acontecimiento y las víctimas del mismo. Sujetos posibles del estrés postraumático son quienes lo han vivido directamente, sujetos posibles del estrés traumático secundario son quienes han observado el acontecimiento. El grado de probabilidad del segundo sería proporcional a la proximidad geográfica, temporal, afectiva o profesional de quien lo observa. Establecer las distancias y la separación entre trauma directo e indirecto no siempre resulta sencillo. Los padres de un niño accidentado y los profesionales que han atendido directamente a las víctimas, y que se han visto envueltos en el acontecimiento, están en el linde mismo de la frontera entre lo directo e indirecto. La identificación en el primer caso, la sucesión temporal inmediata y consecuencias secundarias en el segundo caso hacen impreciso el diagnóstico entre trastorno primario y secundario aunque existan diferencias. La separación espacial y temporal del acontecimiento traumático está marcada por una línea continua que no tiene siempre el mismo punto de corte entre lo inmediato y lo mediato. Habitualmente cuando se expone y analiza el *estrés traumático secundario* se hace refiriéndose básicamente al que sufren los profesionales de la ayuda traumática, al coste de intervenir ayudando a quienes han sufrido el trauma.

Por otro lado, el estrés laboral crónico o desgaste profesional (burnout) se define como un estado de desgaste físico, emocional y mental, resultado de estar durante un largo período de tiempo implicado en situaciones laborales que son emocionalmente demandantes (Schaufeli y Greenglass, 2001). Mientras que el burnout emerge gradualmente y como resultado de un agotamiento emocional, el *estrés traumático secundario* aparece normalmente de modo repentino. Según Figley y Stamm (1995), el *estrés traumático secundario* tiene una tasa de recuperación de los síntomas mucho más alta que el burnout y se caracterizaría por un sentido de incapacidad de ayudar y una sensación de confusión y aislamiento que en el estrés laboral crónico no aparecerían. La sintomatología del estrés traumático secundario y el burnout o desgaste profesional serían diferentes y sólo tendrían el punto de unión en que son síndromes derivados principalmente de la actividad de ayudar y asistir a personas en necesidad. La sintomatología del estrés traumático secundario es de tipo agudo, la del desgaste profesional de tipo crónico. La población a la que se ayuda es diferente, en un caso es personal traumatizado, en otro caso es personal emocionalmente necesitada. La génesis del estrés traumático secundario depende

básicamente del tipo de de víctimas, la del desgaste profesional del tipo de organización. Aunque haya coincidencias entre ambos síndromes y en algún caso elementos de transición y facilitación, un profesional podría estar afectado por uno y otro síndrome, son modelos conceptuales diferentes.

Finalmente, en algún caso se ha considerado la contratransferencia como un proceso similar al estrés traumático secundario. La contratransferencia es un concepto propio de la terapia psicodinámica relacionado con la reacción emocional del terapeuta hacia su cliente. A pesar de que existen muchas definiciones, dentro del contexto psicodinámico puede considerarse como una distorsión de juicio por parte del terapeuta debido a sus propias experiencias vitales e inconscientes que son activadas por el cliente (Freud, 1959). Más recientemente, Corey (1991) define la contratransferencia como el proceso por el cual el terapeuta se identifica con su cliente. Johansen (1993) sugiere que en dicho término se verían incluidas todas aquellas reacciones emocionales de los terapeutas hacia los pacientes.

Aunque podría considerarse que los procesos emocionales presentes en la contratransferencia formen parte del proceso de desarrollo del *estrés traumático secundario*, sin embargo, hay varias cuestiones que parecen excluir la identidad de los procesos. Primero, la contratransferencia es un modelo teórico en el marco de desarrollo de la terapia psicodinámica; segundo, la contratransferencia es una reacción del terapeuta a la transferencia de acciones del cliente; y, por último, es una consecuencia negativa que debe ser eliminada o prevenida en toda terapia. Sin embargo, el *estrés traumático secundario* es una consecuencia natural producto del cuidado entre dos personas —una como víctima inicial de los hechos traumáticos y la otra como víctima indirecta por la labor de ayuda que desempeñe (Stamm, 1995)—, por lo que no parece que esta aproximación conceptual deba mantenerse.

Conclusiones

Aunque nunca como hoy se ha sabido cómo dominar las catástrofes y cuales son sus orígenes y naturaleza, sus efectos siguen siendo devastadores física y psicológicamente. Incluso el conocimiento científico añade un elemento de responsabilidad que antes podía no existir, amparados en las creencias del hado y la fatalidad. El conocimiento social e histórico de los fundamentos humanos de algunos de estos desastres no hace sino aumentar el grado de horror ante el acontecimiento traumático. Lamentablemente, los sucesos recientes (v. gr. los atentados terroristas perpetrados en EEUU o España) actualizan la necesidad y conveniencia de estudios que sirvan para ayudar al profesional de la ayuda traumática.

Si bien desde el año 1995 se están proponiendo las bases teóricas del *estrés traumático secundario* por autores como Dutton, Figley, Janoff-Bulman, Murphy, Rubinstein, Stamm, etc., la fundamentación teórica desarrollada es todavía insuficiente, y sería necesario un mayor y mejor conocimiento del síndrome con el objetivo de mejorar el conocimiento de la naturaleza del síndrome y de sus diferencias con otros trastornos psicológicos. El desarrollo de un modelo teórico integrador sería de suma importancia para un conocimiento adecuado del síndrome y, consecuente-

mente, para una identificación clínica y como un riesgo laboral emergente. En primer lugar, este modelo podría establecer cuáles son las variables antecesoras del síndrome, con el objetivo de identificar los factores de riesgo, profundizando sobre todo en aquellas variables organizacionales que pueden estar facilitando el desarrollo de estrés en el trabajador (Beaton y Murphy, 1995). En segundo lugar, se establecerían variables que puedan estar modulando y potenciando la experiencia de *estrés traumático secundario* tales como la formación, la experiencia, el apoyo social.... Y, finalmente, este modelo permitiría identificar las consecuencias para la salud derivadas de la cronicidad del síndrome.

Por otro lado, debería ampliarse la investigación empírica tanto a nivel evaluativo como en lo referente a la intervención y a la prevención. En cuanto a la evaluación, se conocen algunos instrumentos específicos para la evaluación del *estrés traumático secundario* (Stamm y Figley, 1995), sin embargo, su consolidación es aún insuficiente, sobre todo porque no son directamente adaptables a la población española debido a las diferencias existentes en el tipo de prácticas profesionales y en la organización social que suponen. Por ello, la construcción de métodos de evaluación del *estrés traumático secundario* adaptados a nuestras particularidades culturales, sociales y profesionales sería igualmente una importante línea de trabajo a desarrollar.

Finalmente, resultaría de suma importancia la elaboración de planteamientos preventivos y de intervención con el objetivo de enseñar a los trabajadores en riesgo a identificar los síntomas del estrés traumático secundario y dotarlos de habilidades y estrategias de afrontamiento adecuadas y eficaces. Asimismo, habría que tomar una serie de medidas organizacionales para paliar y prevenir los efectos producidos por el *estrés traumático secundario* en este tipo de profesionales. De todo ello resulta un programa de investigación y estudio científica y socialmente relevante.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. revisada). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Beaton, R. D. y Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. In C. R. Figley (dir.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Catherall R. D. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. En C. R. Figley (dir.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Cazabat, E. (1998). *Desgaste por Empatía: las consecuencias de ayudar*. Centro de estudios del trauma psicológico y el estrés.
- Chrestman, K. R. (1995). Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. En Stamm, B.H. (dir.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran.
- Corey, G. F. (1991). *Theory and practice of counselling psychotherapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

- Dickes, S. J. (2001). Treating sexually abused children versus adults: An exploration of secondary traumatic stress and vicarious traumatization among therapists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62 (3-B), pp. 1571.
- Dutton, M. A. y Rubenstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications, En Figley, C. R. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 82-100). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Elliot, D. M. y Briere, J. (1991). Studying the long-term effects of sexual abuse: The Trauma Symptom Checklist (TSC) scales. En A. W. Burgess (dir.), *Rape and sexual assault: A research handbook* (vol.3). Nueva York: Garland.
- Erickson, C. A. (1989). Rape and the family. En C. R. Figley (1989). *Treating stress in families* (pp. 257-290). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1982). Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. Keynote address for Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction, Comunicación presentada en Texas Tech University, Lubbock, TX.
- Figley, C. R. (1983). The family as victim: Mental health implications. En P. Berner (dir.), *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry*. Londres: Plenum.
- Figley, C. R. (1985). The role of the family: Both haven and headache. En M. Lystad (dir.), *Role stressors and supports for emergency workers*. Washington, D. C.: U.S. Government Printing Office.
- Figley, C. R. (1988). Toward a field of traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 3-16.
- Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Figley, C. R. (1992a). Posttraumatic stress disorder, part I: Empirically based conceptualization and symptom profile. *Violence Update*, 2, 8-11.
- Figley, C. R. (1992b). Posttraumatic stress disorder, part IV: Generic treatment and prevention approaches. *Violence Update*, 3, 17-23.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. Nueva York: CRC Press.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systematic traumatic stress. A model for helping traumatized family members. En Figley, C. R. *Burnout in families. The systematic costs of caring*. (pp. 15-28). Nueva York: CRC Press.
- Figley, C. R. y Stamm, B. H. (1995/1999). *Cuestionario autoaplicado de fatiga de compasión y satisfacción*. Traducido por Pedro Samayoa, El Quiché, Guatemala.
- Follette V. M., Polusny, M. M. y Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional psychology: Research and practice*, 25, 275-282
- Freud, S. (1959). On the history of psychoanalytic movement. En *Collected Papers*, 1.
- Hankin, C. S., Abueg, F. y Murphy, R. T. (1993). *Caregivers stress: Conceptualising adaptation of partners of posttraumatic stress disorder combat veterans*.
- Hellman, I. D., Morrison, T.L. y Abramowitz, S. I. (1987) Therapist experiences and the stresses of psychotherapeutic work. *Psychotherapy*, 24, 171-177.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41, 209-218.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumption: Towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Free Press.
- Johansen, K. H. (1993). Countertransference and divorce of the therapist. En J. H. Gold. Y J. C. Nemiah (dirs.), *Beyond transference: When the therapist's real life intrudes*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Joison, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-122.

- Kassam-Adams, N. (1995). The risks treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. *Unpublished Ph. D. dissertation*, University of Virginia.
- Kottler, J. (1992). *Compassionate therapy: working with difficult clients*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Lee, C. S. (1996). Secondary traumatic stress in therapists who are exposed to client traumatic material. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 56, pp.4586.
- Lind, E. W. (2000). Secondary traumatic stress: Predictors in psychologists. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 61 pp. 3283.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. Metzler, T. J. y Delucci, K. L. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153,7 Festschrift Supplement, 94-102.
- McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990a). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990b). *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy, and transformation*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- McCarroll, J., Ursano, R. y Fullerton, C. (1993). Symptoms of posttraumatic stress disorder following recovery of war dead. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1875-1877.
- Meyers, T. W. y Cornille, T. A. (2002). The trauma of working with traumatized children. En Figley, C. R. *Treating compassion fatigue. Psychosocial stress series*. n° 24. (pp. 39-55). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Miller, K. I., Stiff, J. B. y Ellis, B. H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*, 55, 336-341.
- Moran, C. C. (1998). Cognitive behaviour therapy for emotional disorders: The role of humour. *Australian Journal of Comedy*, 4, 89-102.
- Moran, C. C. (1999). Differential influences of coping humour and humour bias on mood. *Behavioural Medicine*, 25, 36-42.
- Paton, D. y Violanti, J. (1996). *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Pearlman, L. A. y Saakvitne, K. W. (1995a). Constructivist self-development theory approach to treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. En C.R. Figley (dir.) *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Remer, R. y Elliott, J. (1988a). Characteristics of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, 373-387.
- Remer, R. y Elliott, J. (1988b). Management of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, 389-401.
- Rodolfa, E. R., Kraft, W. A. y Reilly, R. R. (1988). Stressors of professionals and trainees at APA approved counselling and VA medical centre internship sites. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 43-49.
- Rudolph, J. M., Stamm Bh. H. y Stamm, H. E. (1997, Nov). Compassion Fatigue A Concern For Mental Health Policy, Providers, & Administration. Póster al 13 Congreso Internacional de la Sociedad para el Estudio del Estrés Traumático, Montreal, PQ, CA.
- Schauben, L. J. y Frazier's, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counsellors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49-64.
- Schaufeli, W. B. y Greenglass, E. R. (2001). Special issue job burnout and health. *Psychology & Health*, 16.
- Simonds, S. L. (1997). Vicarious traumatization in therapists treating adult survivors of childhood sexual abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 57, pp. 5344.

- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, (pp. 230-246). The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8, Spring.
- Stamm, B. H. (1999). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Maryland: The Sidran Press.
- Taylor, A. J. W. (1996). Disaster and victim classification. En D. Paton y N. Long (dirs.), *Psychological aspects of disasters* (pp. 26-39). Palmerston North, New Zealand: Dunmore Press.
- Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and doping in helpers. En C. R. Figley (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Verbosky, S. J. y Ryan, D. A. (1988). Female partners of Vietnam veterans: Stress by proximity. *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 95-104.
- White, P. N. y Rollins, J. C. (1981). Rape: A family crisis. *Family Relations*, 30, 103-109.
- Wilson J. P. y Kurtz, R. R. (1997). Assessing posttraumatic stress disorder in couples and families. En Wilson J. P. y Kurtz, R. R. *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 349-372). Nueva York: Guilford.

