

**TRAUMA VICARIO Y CALIDAD DE VIDA EN
PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y
PSIQUIATRÍA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Laura de Álvaro García, Sandra Hermida Hermida y
Hugo Martínez Martínez

ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD
MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

INDICE

Resumen	4
1. Introducción	5
2. Método	13
2.1. Posición del equipo investigador.....	13
2.2. Participantes	14
2.3. Procedimiento.....	15
2.4. Variables e instrumentos de evaluación	18
2.5. Análisis de datos.....	21
2.6. Consideraciones éticas	23
3. Resultados	25
3.1. Resultados cuantitativos	25
3.2. Resultados cualitativos	29
4. Discusión.....	46
4.1. Discusión de los resultados cuantitativos.....	46
4.2. Discusión de los resultados cualitativos.....	53
5. Limitaciones, fortalezas y retos futuros	63
5.1. Limitaciones, fortalezas y retos futuros de la fase cuantitativa.....	63
5.2. Limitaciones, fortalezas y retos futuros de la fase cualitativa.....	65
6. Conclusiones	68
7. Agradecimientos.....	70
8. Referencias	71
9. Anexos.....	90
Anexo A. Documentos	92
Anexo B. Tablas.....	110
Anexo C. Mapas conceptuales de datos cualitativos.....	118

Resumen

El presente estudio analiza el trauma vicario y su relación con la calidad de vida de profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría del Sistema Nacional de Salud mediante un diseño multimétodo. La fase cuantitativa incluyó a 317 profesionales, complementándose con una fase cualitativa de tres grupos focales (n=26) en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Los resultados cuantitativos evidencian una correlación negativa moderada entre el estrés traumático secundario (ETS) y la calidad de vida, destacando la dimensión evitación por mostrar la mayor relación con el malestar. Asimismo, se observaron mayores niveles de estrés traumático secundario en quienes referían experiencia traumática personal previa. La vitalidad y el propósito vital se asociaron con una mejor calidad de vida y con menores niveles de malestar traumático secundario. Los resultados cualitativos muestran que el trauma interpersonal grave apareció como la narrativa de mayor impacto, seguido de las situaciones de amenaza vital. El impacto se manifestó en dimensiones emocionales, cognitivas y corporales, y mostró una clara permeabilidad entre la esfera profesional y la personal. A su vez, el apoyo entre compañeros/as emergió como un recurso central, mientras que la sobrecarga y la falta de apoyo institucional se vivieron como factores agravantes. Junto al malestar, también se identificaron cambios personales y aprendizajes constructivos. En conjunto, los hallazgos subrayan que el impacto del trabajo clínico con trauma requiere respuestas institucionales orientadas al cuidado profesional y a la sostenibilidad de la práctica clínica.

Palabras clave: trauma vicario, estrés traumático secundario, calidad de vida, Psicología Clínica, Psiquiatría, salud mental.

1. Introducción

La palabra trauma se ha utilizado tanto para hablar de la exposición a eventos que suponen una amenaza o experiencia perturbadora, como para referirse a las consecuencias de tal exposición. Según el *APA Dictionary of Psychology* el trauma se define como cualquier experiencia perturbadora que provoque miedo significativo, impotencia, disociación, confusión u otros sentimientos perturbadores lo suficientemente intensos como para tener un efecto negativo duradero en las actitudes, el comportamiento y otros aspectos del funcionamiento de una persona (American Psychological Association [APA], 2018). Los acontecimientos traumáticos incluyen los causados por el comportamiento humano (e.g., violaciones, guerras, accidentes industriales) así como por la naturaleza (e.g., terremotos) y, a menudo cuestionan la visión que tiene el individuo del mundo como un lugar justo, seguro y predecible (APA, 2018). Estas vivencias tienen un impacto significativo en el desarrollo neurológico, biológico, psicológico y social (Casingcasing et al., 2025), han demostrado ser un factor de riesgo transdiagnóstico de psicopatología y se asocian a un riesgo casi tres veces mayor de tener problemas de salud mental (Hogg et al., 2023).

El estudio de Kessler et al. (2017) sobre la exposición a eventos traumáticos basado en la encuesta epidemiológica internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a cerca de 70.000 personas de 24 países, obtuvo que el 70,4 % de la población general había experimentado al menos un evento traumático a lo largo de su vida. En España las cifras de exposición a al menos una experiencia traumática en población general son ligeramente inferiores, del 54 % (Olaya et al., 2015).

Con relación al tipo de trauma (Kessler et al., 2017), en orden decreciente de frecuencia se observaron los relacionados con accidentes (34,3 %), la muerte inesperada de un ser querido (31,4%) la exposición directa a una muerte o lesión grave (23,7%), la violencia física (22,9 %),

la violencia sexual por parte de la pareja (14,0 %), los traumas relacionados con la guerra (13,1%) y otros (8,4%).

La presencia de al menos un trauma previo está asociada de manera significativa y positiva con la exposición posterior a otros traumas (Benjet et al., 2016). La asociación más fuerte ($OR = 2,0-2,5$) se da en el abuso físico en la infancia, que predice otros tipos de violencia física posterior como ser víctima de un atraco y la violencia sexual por parte de la pareja (Kessler et al., 2017). Entre las personas consultantes de los servicios de salud mental (SM) se estima que aproximadamente la mitad han sufrido abusos físicos y más de un tercio abusos sexuales (Mauritz et al., 2013).

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), como consecuencia de la exposición a eventos traumáticos, se ha relacionado con altos niveles de discapacidad (Ormel et al., 2008; Sowder et al., 2018) y un notable coste humano y socioeconómico (von der Warth et al., 2020). Según Liu et al. (2017) el riesgo condicional de desarrollar TEPT —definido según DSM-IV- (APA, 1995) /CIE 10 (OMS, 1992)— tras la exposición al trauma es del 4%, pero varía según el sexo y el tipo de trauma. Con relación al sexo, aunque los hombres presentan una exposición ligeramente superior a eventos traumáticos (Benjet et al., 2016), las mujeres muestran una prevalencia significativamente superior de TEPT, con tasas casi duplicadas (Ditlevsen y Elklit, 2012). Con relación al tipo de trauma, Kessler et al., (2017) concluyeron que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres a estar expuestas a la violencia sexual por parte de su pareja ($OR = 2,3$) tienen aproximadamente las mismas probabilidades que los hombres de sufrir la muerte inesperada de un ser querido ($OR = 1,1$) y son significativamente menos propensas que los hombres a sufrir cualquiera de los otros tipos de traumas ($OR = 0,4-0,8$).

El hecho de que las mujeres presenten el doble de prevalencia de TEPT que los hombres; a pesar de que éstos tienen una exposición ligeramente superior a eventos traumáticos; se ha vinculado a una mayor prevalencia en mujeres de traumas de carácter interpersonal, repetido y

perpetrado por personas conocidas, así como a mayores tasas de abuso sexual, revictimización y falta de apoyo social (Cloitre et al., 2009; Kessler et al., 2017; Ullman, 2023; Widom et al., 2007). Liu et al. (2017) encontraron que el riesgo condicional más alto de desarrollar TEPT se asociaba con haber sido violada (19,0 %), haber sufrido abusos físicos por parte de una pareja sentimental (11,7 %), haber sido secuestrada (11,0 %) y haber sufrido agresiones sexuales distintas de la violación (10,5 %). En la misma línea, un estudio reciente con población española (Olaya et al., 2015) encontró como factores de mayor riesgo de desarrollar TEPT el hecho de ser mujer y el abuso sexual.

Además de la afectación directa al trauma en las personas expuestas al mismo, se ha observado su impacto indirecto en terceras personas, especialmente entre profesionales de la SM. McCann y Pearlman (1990) introdujeron el constructo de Trauma Vicario (TV) basándose en la Teoría Constructivista del Autodesarrollo (CSDT) para describir los cambios negativos y acumulativos que pueden experimentar profesionales de la SM como resultado de una implicación empática sostenida con personas traumatizadas. El desarrollo del TV está directamente relacionado con las revelaciones de las personas consultantes sobre traumas, a menudo de forma detallada y gráfica, que se producen en la relación terapéutica (Branson, 2019; McCann y Pearlman, 1990). Establecer una relación empática con la persona consultante y comprender el trauma desde el punto de vista de la persona y sus circunstancias es una parte esencial de las habilidades de cada profesional de la SM (Chang et al., 2013). Este nivel de intimidad crea una vulnerabilidad en la que profesionales de la SM se pueden contagiar de los aspectos cognitivos y afectivos del trauma de la persona consultante (Aparicio et al., 2013).

Aunque en la literatura científica existen otros conceptos cercanos al TV (e.g. estrés traumático secundario, fatiga por compasión, *burnout*, trastorno de estrés postraumático, contratransferencia, etc.) no se deben confundir (Branson, 2019). El TV no se limita a la presencia de sintomatología específica como imágenes intrusivas, activación, conductas de

evitación y cambios negativos en las cogniciones (Aparicio et al., 2013; Mishori et al., 2014), como sería el caso del estrés traumático secundario (ETS). Los cambios asociados al TV son más persistentes y permanentes, lo que da lugar a efectos negativos en áreas como la identidad, la autopercepción, la percepción de los demás, las relaciones con su entorno, la espiritualidad y la visión del mundo (Aparicio et al., 2013; Branson et al., 2019; Canfield, 2005; Uziel et al., 2019). Sin embargo, se ha encontrado una alta coexistencia y comorbilidad entre TV y ETS (Bercier y Maynard, 2015; MacKay, 2017; Sutton et al., 2022). Se estima que entre el 5 % y el 15 % de profesionales de la SM presentan niveles clínicamente significativos de TV y/o ETS.

El TV puede producir una disminución de la motivación, la eficacia y la empatía (Baird y Kraken, 2006; Guitar y Molinaro, 2017; Uziel et al., 2019; Scrivener et al., 2019). Estos cambios son perjudiciales debido a los efectos negativos que tienen sobre el bienestar, la autoestima, la intimidad, la seguridad y la confianza de profesionales de la SM, y pueden afectar al bienestar de las personas consultantes y a la calidad de la atención que reciben (Baird y Kraken, 2006; Guitar y Molinaro, 2017; Scrivener et al., 2019; Xu et al., 2024). Diversos estudios han señalado que además de los efectos negativos del TV en el ámbito profesional, también se extienden a la esfera personal y social de cada profesional de la SM, comprometiendo su calidad de vida global (Branson, 2019) y satisfacción vital (Quitangon, 2019; Fernández, Guiote & Miró, 2024).

Fernández et al. (2024) en una revisión reciente sobre los factores protectores y predisponentes al TV y ETS en profesionales de la SM, encontraron como predisponentes: (1) ser mujer (Kilpatrick et al., 2013; Sutton et al., 2022); (2) la experiencia previa de traumas personales (Cieslak et al., 2013; Diehm et al., 2019; Sodeke-Gregson et al., 2013); (3) atender un elevado número de casos de trauma (Cieslak et al., 2013; Diehm et al., 2019; Makadia et al., 2017; Sodeke-Gregson et al., 2013); (4) la menor experiencia profesional (Foreman, 2018; Sodeke-Gregson et al., 2013; Wang y Park-Taylor, 2021; Wozencroft et al., 2019); (5) la menor

edad (Hakevi e Idisis, 2018; Sodeke-Gregson et al., 2013); (6) el ejercicio de la psicoterapia en el ámbito privado en comparación al público (Melaki y Stavrou, 2023); (7) profesionales de la SM con un sentido poco elaborado tanto del self como del sentido de la vida (Halevi e Idisis, 2018; Lakioti et al., 2020). En contraposición a los factores predisponentes anteriores, un estudio no encontró relación entre haber tenido una experiencia traumática personal previa y el TV (Martin-Cuellar et al., 2019) y otro no encontró relación entre los años de experiencia y el TV (Kounenou et al., 2023). Además, con relación a la experiencia profesional y la presencia de TV, Wang y Park-Taylor (2021), describen una relación en forma de U en la que profesionales de la SM, por su inexperiencia y menor nivel de responsabilidad, junto con profesionales de la SM veteranos, por haber consolidado estrategias de afrontamiento, presentaban menor incidencia de TV, que quienes cuentan con nivel medio de experiencia profesional.

Como factores protectores de TV y ETS, Fernández et al. (2024) destacan diversos estudios que señalan: (1) las estrategias de afrontamiento adaptativas como el autocuidado y la actividad física (Barrington y Shakespeare, 2014; Litam et al., 2021; Melaki y Stavrou, 2023); (2) el apoyo social percibido, las conductas de compañerismo y un buen ambiente laboral, especialmente en el ámbito público (Diehm et al., 2019; Hernandez-Wolfe et al., 2015; Lakioti et al., 2020; Melaki y Stavrou, 2023; Sodeke-Gregson et al., 2013). Con relación a atributos personales, (3) elevada resiliencia (Hou y Skovholt, 2020; Litam et al., 2021); (4) empatía (Aafjes-van Doorn et al., 2022; Kounenou et al., 2023); (5) autoeficacia (Aafjes-van Doorn et al., 2022; Lakioti et al., 2020); (6) la percepción subjetiva de vitalidad y energía (Martin-Cuellar et al., 2019). En contraposición a los factores protectores anteriores, el estudio de Sodeke-Gregson et al. (2013) observó una correlación positiva entre el autocuidado, la supervisión clínica y el ETS. Además de los estudios referenciados en la revisión de Fernández et al. (2024), también se señalan como factores protectores la capacidad de profesionales de la SM para

evaluar sus propias reacciones y sus mecanismos de defensa (Ehlers y Clark, 2000), el apoyo organizacional (Cohen y Collens, 2013) y la formación (Finklestein et al., 2015).

Además de las consecuencias adversas anteriormente descritas del TV, también se ha descrito el crecimiento vicario, entendido como el desarrollo personal y profesional que puede emerger como consecuencia de la relación terapéutica con personas que han vivido experiencias traumáticas al contactar con narrativas de superación y resiliencia (Manning-Jones et al., 2015). Este proceso puede manifestarse en una mayor empatía, un sentido reforzado de propósito profesional y una reevaluación positiva de los valores vitales (Arnold et al., 2005; Samios et al., 2012). Considerar conjuntamente el TV y el crecimiento vicario permite una comprensión más completa y compleja del impacto que el trabajo con el trauma tiene sobre la calidad de vida de profesionales de la SM, subrayando la necesidad de promover contextos y recursos que favorezcan la sostenibilidad del cuidado profesional (Cohen y Collens, 2013; Tsirimokou et al., 2023).

Pese a la evidencia disponible, el impacto del TV en la SM y la CV de profesionales de la SM sigue siendo un campo insuficientemente explorado (Fernández, et al., 2024), particularmente en contextos clínicos específicos, como los servicios públicos de SM, y desde una perspectiva integradora que contemple tanto los factores de vulnerabilidad como los de protección (Branson, 2019; Leung et al., 2023). La investigación continua sobre este fenómeno es importante para profesionales de la SM, las personas consultantes, las comunidades y los servicios sanitarios y sociales debido a los peligros potenciales del TV (Branson, 2019), pudiendo afectar la calidad con la que profesionales de la SM atienden a las personas consultantes (Herman, 1997; Iqbal, 2015; Quitangon, 2019).

Si bien la literatura ha abordado el TV principalmente desde aproximaciones cuantitativas centradas en la sintomatología y la CV, existe una menor exploración de la experiencia subjetiva de profesionales de la SM, así como de los significados atribuidos a dicho

impacto en su práctica clínica. El presente estudio destaca por la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas con el objetivo de favorecer una comprensión más integral del fenómeno del TV.

El objetivo principal de la fase cuantitativa de este estudio es evaluar los niveles de Estrés Traumático Secundario (ETS) y su impacto en la Calidad de Vida (CV) de profesionales de salud mental del Sistema Nacional de Salud, analizando la influencia de diversas variables sociodemográficas, profesionales y personales. Los objetivos específicos de la fase cuantitativa son:

- Describir la prevalencia y niveles de afectación en ETS y CV en profesionales de la SM
- Analizar diferencias según el sexo
- Analizar diferencias según la categoría y experiencia profesional
- Analizar diferencias según la experiencia propia de trauma
- Analizar diferencias según variables de personalidad y otros recursos personales
- Explorar la relación entre ETS y CV
- Explorar la relación de variables sociodemográficas, profesionales y personales con las escalas STSS y Q-LES-Q-SF

De manera complementaria, el objetivo de la fase cualitativa del estudio es explorar y profundizar en cómo los/as profesionales de Psicología Clínica (PC) y Psiquiatría (PSQ) del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) perciben, experimentan y afrontan la exposición a narrativas traumáticas en su práctica clínica, así como el impacto de dicha exposición en su calidad de vida. Esta exploración permitirá comprender qué tipos de historias generan mayor malestar, cómo afectan a nivel emocional, cognitivo y físico, qué repercusiones tienen en la vida cotidiana, qué estrategias de afrontamiento se utilizan, cómo se percibe el

apoyo organizacional y si se identifican experiencias de crecimiento derivadas del trabajo con personas traumatizadas.

2. Método

El presente estudio adoptó un enfoque multimétodo que combinó una fase cuantitativa y una fase cualitativa. En la fase cuantitativa se llevó a cabo un estudio observacional transversal, con carácter descriptivo, correlacional y comparativo. Por otro lado, la fase cualitativa se desarrolló desde un enfoque fenomenológico con un diseño descriptivo-interpretativo. Ambos enfoques se realizaron de forma independiente, pero complementaria, con el fin de obtener una comprensión más amplia del fenómeno estudiado.

2.1. Posición del equipo investigador

El equipo de investigación estuvo formado por tres residentes de PC en formación en la Unidad Docente Multiprofesional del Principado de Asturias. El tema surgió del interés compartido del equipo investigador sobre el impacto en profesionales de PC y PSQ de la exposición repetida a narrativas traumáticas relatadas por las personas consultantes.

Nuestra experiencia en la práctica clínica nos ha permitido identificar diversas repercusiones emocionales, corporales y cognitivas vinculadas al ejercicio profesional. Esta observación suscitó el interés por analizar en qué medida estas experiencias son también referidas por otros/as profesionales y cómo han sido abordadas en la literatura científica, constituyendo así el punto de partida y la justificación del presente Trabajo de Fin de Residencia.

El equipo investigador fue responsable del diseño del estudio, la recopilación de datos y su posterior análisis, adoptando una metodología flexible de observación. Para garantizar el rigor metodológico se atendió a los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad propuestos por Lincoln y Guba (1985). Durante todo el proceso se mantuvo una postura reflexiva por parte del equipo investigador, aplicando una suspensión de los conocimientos previos para minimizar la influencia de la subjetividad y las ideas preexistentes

de las personas integrantes del equipo. Se promovió una actitud de apertura y cuestionamiento constante, con el fin de minimizar la influencia de supuestos previos y favorecer una interpretación fiel al significado expresado por las personas participantes.

2.2. Participantes

2.2.1. Participantes de la fase cuantitativa

La muestra de la fase cuantitativa estuvo compuesta por 317 profesionales (79,5% mujeres; $M = 39,5$ años; $DT = 11,3$). En cuanto a la categoría profesional, el 17,4% eran residentes de PC, el 7,6% eran residentes de PSQ, el 65,9% era personal facultativo especialista en PC y el 9,1% personal facultativo especialista en PSQ. En la Tabla B1 se muestran las características sociodemográficas según la categoría profesional.

Con relación a los años trabajados: el 32,80% de los participantes informaron de menos de 5 años trabajados, el 38,80% entre 5 y 15 años y el 28,40 % de más de 15 años. En relación con la población atendida, el 53,94% trabajaban principalmente con población adulta, el 18,93% con población infantojuvenil y el 27,13% con ambas. Por último, el 74,76% indicó haber recibido formación en trauma.

En cuanto a la distribución territorial, la muestra procedía principalmente de Asturias ($n = 96$), Comunidad Valenciana ($n = 46$), Galicia ($n = 32$), Castilla y León ($n = 25$) y Andalucía ($n = 23$), seguidas de otras comunidades autónomas agrupadas en la categoría “Otras” ($n = 95$).

2.2.2. Participantes de la fase cualitativa

Las personas participantes de este estudio fueron 26 profesionales de SM del SESPA. Como criterio de inclusión se estableció ser profesional de PC o PSQ, tanto en calidad de facultativo especialista como de residente, con adscripción a los siguientes dispositivos asistenciales: centros de salud mental; unidades de hospitalización breve; dispositivos de tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria e interconsulta y enlace de salud mental.

Como criterio de exclusión se descartó a quienes habían tenido recientemente una baja laboral prolongada y al personal residente de primer año de formación, por estimarse que podrían no disponer aún de experiencia clínica suficiente en relación con los objetivos del estudio.

Las personas participantes se agruparon en tres grupos diferenciados según perfil profesional: el grupo focal 1 (GF1) estuvo integrado por profesionales especialistas en PC y PSQ trabajando en dispositivos comunitarios, el grupo focal 2 (GF2) por profesionales especialistas en PC y PSQ trabajando en dispositivos hospitalarios y el grupo focal 3 (GF3) compuesto exclusivamente por residentes en formación en PC y PSQ. La Tabla B2 muestra las variables sociodemográficas de esta muestra.

2.3. Procedimiento

2.3.1. Procedimiento de la fase cuantitativa

La muestra fue reclutada mediante muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve, a través del envío de la información del estudio por correo electrónico a los miembros de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del SESPA, así como mediante la difusión del enlace al cuestionario en chats grupales de comunicación en línea de especialistas y residentes de la sanidad pública a nivel nacional.

La participación en la encuesta fue completamente voluntaria y los datos personales recolectados fueron tratados de acuerdo con las normativas de protección de datos vigentes. Antes de iniciar el cuestionario, los participantes recibieron información detallada sobre los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de los datos recogidos (Anexo A1), y se solicitó su consentimiento informado de forma escrita (Anexo A2).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Principado de Asturias el 20 de octubre de 2025 (Anexo A3). Antes de su difusión, se llevó a cabo un pilotaje del cuestionario con seis especialistas en Psicología Clínica y Psiquiatría. Sus comentarios permitieron mejorar la claridad y pertinencia de los ítems. A partir de esta revisión, se introdujeron modificaciones en las preguntas relativas a los dispositivos de trabajo, la formación especializada en trauma y los años de experiencia profesional, así como ajustes en la estructura de los subapartados del cuestionario para facilitar su comprensión. La recogida de datos se llevó a cabo entre el 18 de noviembre y el 17 de diciembre de 2025, mediante un cuestionario online diseñado específicamente para el estudio.

Los participantes completaron de manera secuencial el cuestionario *ad hoc* de información sociodemográfica, profesional y personal (Anexo A4), seguido del Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF; Anexo A5), y, finalmente, de la Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Anexo A6). La cumplimentación del cuestionario tuvo una duración aproximada de 10 minutos.

Los datos fueron recogidos y almacenados de forma anónima en una base de datos segura accesible únicamente para el equipo investigador, garantizando la confidencialidad de la información. La participación podía interrumpirse en cualquier momento sin consecuencias y no se recogió información que permitiera la identificación de los participantes.

2.3.2. Procedimiento de la fase cualitativa

La muestra fue reclutada mediante muestreo intencional a través de la difusión de un comunicado a través de redes profesionales y canales internos en los que se solicitaron voluntarios/as para participar en los grupos focales. La agrupación de los/as participantes según características profesionales en distintos grupos focales como técnica de recogida de datos respondió al interés por explorar no solo experiencias individuales, sino también procesos de

construcción colectiva de significado, permitiendo la emergencia de acuerdos, discrepancias y resonancias emocionales entre los participantes.

La participación fue completamente voluntaria y los datos fueron tratados de acuerdo con las normativas de protección de datos vigentes. Antes de iniciar los grupos focales, los/as participantes recibieron información detallada sobre los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de los datos recogidos (Anexo A7), y se solicitó su consentimiento informado de forma escrita (Anexo A8)

Los grupos focales se desarrollaron de forma presencial en espacios reservados del SESPA, garantizando condiciones de confidencialidad y privacidad. La duración de las sesiones osciló entre 50 y 70 minutos. Se contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIm) del Principado de Asturias, con código del CEImPA 2025.375, garantizando el cumplimiento de los requisitos éticos y metodológicos exigidos (Anexo A9). La recogida de datos del estudio cualitativo abarcó el periodo del mes de enero de 2026.

Los moderadores fueron los/as investigadores/as, quienes cuentan con experiencia clínica y se distribuyeron los siguientes roles de moderador/a -guía la discusión, introduce las preguntas del guión y fomenta la participación equilibrada-; co-moderador/a -apoya en la dinámica, controla tiempos y profundiza en temas emergentes-; y, observador/a -registra interacciones, lenguaje no verbal y aspectos contextuales relevantes-.

Las sesiones fueron grabadas en audio, previo consentimiento informado, únicamente para su transcripción. Tras la verificación de las transcripciones y su anonimización, las grabaciones fueron eliminadas. Los investigadores tomaron notas de campo sobre aspectos cualitativos complementarios (tono, silencios, emociones observadas).

2.4. Variables e instrumentos de evaluación

2.4.1. Variables e instrumentos de evaluación de la fase cuantitativa

Los instrumentos empleados en la fase cuantitativa incluyeron un cuestionario diseñado *ad hoc* para la presente investigación, así como dos escalas estandarizadas para la evaluación de la CV y el ETS.

El cuestionario *ad hoc* (Anexo A4) recogía información sociodemográfica: sexo, edad y comunidad autónoma; información profesional: especialidad (PC o PSQ) categoría profesional (especialista facultativo o residente en formación), ámbito de especialidad (infantojuvenil, adultos o ambos), años totales trabajados, tipo de dispositivo asistencial (atención primaria, centro de salud mental, hospital de día/comunidad terapéutica, equipo de tratamiento asertivo comunitario, unidad de hospitalización, interconsulta/enlace o adicciones), características generales de la población atendida (trastorno mental común, trastorno mental grave, trastornos adictivos, trastornos de la conducta alimentaria, crisis aguda, violencia de género y/o procesos reactivos a enfermedad física), tiempo de trabajo con dicha población, formación específica en trauma (sin formación, formación en cursos privados y/o formación en el SNS) y duración total de dicha formación. Por último, también se recabó información acerca de variables personales potencialmente relevantes para el estudio. Entre estas últimas se incluyeron los antecedentes personales de experiencias traumáticas, y, en su caso, el tipo de experiencia traumática, así como cuatro indicadores de autovaloración personal—extraversión, responsabilidad, vitalidad y propósito vital— evaluados mediante ítems de respuesta ordinal tipo Likert.

La CV se evaluó mediante la versión española del *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form* (Q-LES-Q-SF; Endicott, Nee, Harrison, & Blumenthal, 1993), un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado para valorar el grado

de disfrute y satisfacción con distintas áreas de la vida cotidiana en contextos clínicos y de investigación. La versión breve del instrumento consta de 16 ítems, si bien la puntuación total se obtiene a partir de los 14 primeros ítems, mientras que los dos últimos recogen valoraciones globales complementarias y no se incorporan al cómputo total. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, que valora el grado de satisfacción experimentado durante el periodo temporal reciente señalado por el instrumento. La puntuación total oscila entre 14 y 70 puntos, de modo que las puntuaciones más elevadas reflejan mayor disfrute y satisfacción con la vida. Se trata de una medida dimensional, sin puntos de corte diagnósticos universalmente establecidos. Estudios previos han mostrado niveles elevados de consistencia interna del cuestionario en población sanitaria; en el estudio de Hauser, García y Leporatti (2020), los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre .804 y .932.

El ETS se evaluó mediante la versión en español de la *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS; Bride et al., 2004), un instrumento de autoinforme diseñado para valorar sintomatología traumática secundaria en profesionales expuestos de forma indirecta al sufrimiento o a experiencias traumáticas en el marco de su trabajo asistencial. La escala está formada por 17 ítems tipo Likert de 5 puntos distribuidos en tres dimensiones sintomáticas —intrusión, evitación y arousal—. La puntuación total oscila entre 17 y 85 puntos, indicando puntuaciones más altas mayor presencia de sintomatología de ETS. Su interpretación permite clasificar la gravedad en cinco niveles: escaso o nulo (27 puntos o menos), leve (28-37), moderado (38-43), alto (44-48) y grave (49 puntos o más). Además de la puntuación total, la STSS permite obtener puntuaciones específicas para las subescalas de intrusión, evitación y arousal, empleadas también en el presente estudio. La versión en español ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en profesionales hispanohablantes; en el trabajo de Guerra y Saiz Vidallet (2007), los coeficientes alfa fueron de .76 para intrusión, .80 para evitación, .81 para arousal y .91 para la escala total

Conceptualmente, la subescala de intrusión evalúa fenómenos de reexperimentación involuntaria del material traumático de las personas atendidas, como pensamientos no deseados, sueños perturbadores, sensación de revivir lo escuchado o malestar intenso ante recuerdos del trabajo; la subescala de evitación recoge los esfuerzos por apartarse de pensamientos, emociones, conversaciones, personas, lugares o tareas vinculadas al trabajo con consultantes con experiencias traumáticas, junto con posibles manifestaciones de embotamiento o distanciamiento emocional; y la subescala de arousal valora un estado persistente de hiperactivación, expresado en síntomas como dificultades de sueño, irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia o respuesta de sobresalto.

2.4.2. Categorías de análisis e instrumentos de recogida de información de la fase cualitativa

Se trabajó con unidades de significado emergentes en el discurso de los tres grupos focales. Las unidades de análisis estuvieron constituidas por las opiniones, percepciones, vivencias y significados expresados por profesionales de PC y PSQ acerca de (1) la exposición al sufrimiento del paciente, (2) el impacto emocional, corporal y cognitivo, (3) las repercusiones en la calidad de vida, (4) las estrategias de afrontamiento y (5) aprendizajes. Asimismo, se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo) y profesionales (dispositivo de trabajo) de los/as participantes.

La información cualitativa se obtuvo mediante la técnica de grupos focales. Para ello, se empleó un guion de entrevista semiestructurada diseñado *ad hoc* por el equipo investigador (Anexo A10), orientado a explorar en profundidad las categorías previamente definidas, basadas tanto en la literatura existente como en la experiencia clínica del equipo. El guion incluyó preguntas abiertas que facilitaron la expresión libre de las experiencias de los/as participantes, permitiendo acceder a la subjetividad, significados y vivencias individuales en relación con el fenómeno de estudio.

2.5. Análisis de datos

2.5.1. Análisis de los datos cuantitativos

Los datos cuantitativos fueron procesados y analizados mediante el programa Jamovi (versión 2.6.44). En todos los análisis se utilizó el criterio de casos disponibles para cada contraste. En todos los análisis se comprobó el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad con el test Shapiro-Wilk y el test de Levene. Se adoptó un nivel de significación estadística de $p < .05$.

Para la estimación de la consistencia interna de las escalas se estimaron los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald. La interpretación de ambos estadísticos se realizó atendiendo a los criterios propuestos por Kline (2015).

Se examinó la presencia de datos perdidos y posibles valores atípicos. Como paso previo, se excluyó a dos participantes de todos los análisis por no haber completado variables imprescindibles para el estudio, concretamente el sexo y la edad. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y de frecuencias con el fin de caracterizar la muestra en sus dimensiones sociodemográficas, profesionales y personales.

Se analizaron diferencias en las puntuaciones del Q-LES-Q-SF y STSS según variables sociodemográficas, profesionales y personales. Además, se analizaron correlaciones entre las escalas Q-LES-Q-SF y STSS y, variables profesionales y variables personales.

Para analizar diferencias entre dos grupos independientes se utilizó la t de Student cuando se cumplieron los supuestos paramétricos y la U de Mann-Whitney en el caso contrario. Para analizar diferencias entre más de dos grupos independientes se utilizó el ANOVA de un factor cuando se cumplieron los supuestos paramétricos y Kruskal-Wallis en el caso contrario. Para las comparaciones *post-hoc* se usaron los estadísticos de Tukey y de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner respectivamente.

Para analizar correlaciones lineales de variables cuantitativas se comprobó linealidad mediante gráficos de dispersión y se utilizó la correlación de Pearson, mientras que para analizar correlaciones de variables ordinales se empleó el coeficiente de Spearman.

Para estimar el tamaño del efecto, se calculó la d de Cohen para la t de Student, la correlación biserial por rangos (rb) para la U de Mann-Whitney, el estadístico Omega cuadrado (ω^2) para el ANOVA de un factor y el epsilon cuadrado (ϵ^2) para la prueba de Kruskal-Wallis. En el caso de las relaciones bivariadas, los propios coeficientes de correlación se interpretaron como medidas del tamaño del efecto.

2.5.2. Análisis de los datos cualitativos

El análisis de los datos se llevó a cabo desde una aproximación fenomenológica, asumiendo que la realidad se construye a partir de la experiencia subjetiva y de los significados que los profesionales atribuyen a su práctica clínica. En este marco, se empleó el Análisis Temático Reflexivo propuesto por Braun y Clarke (2006, 2019), con el objetivo de identificar patrones de significado compartidos en los discursos de los participantes.

El proceso analítico se desarrolló de manera sistemática siguiendo las fases descritas en este enfoque. En primer lugar, se realizó una lectura exhaustiva y reiterada de las transcripciones, con el fin de lograr una adecuada familiarización con los datos. Posteriormente, se llevó a cabo una codificación inicial de forma independiente por parte de los/as investigadores/as (codificación ciega), lo que permitió una primera aproximación analítica al material empírico. En una fase posterior, se procedió a la comparación de los códigos generados, elaborándose un sistema de codificación consensuado. A continuación, los códigos se agruparon progresivamente en subcategorías y categorías, atendiendo a su similitud semántica y conceptual. Este proceso culminó con la identificación, revisión y definición de los

temas finales, así como con la elaboración de un mapa temático que representa la estructura global del análisis.

Para la gestión, organización y análisis de la información se utilizó el software de análisis de datos cualitativos MAXQDA 2024 (VERBI Software, 2024), que facilitó la sistematización del proceso analítico, la construcción del sistema de códigos común a los tres grupos focales, la generación de mapas temáticos y la exploración de relaciones entre categorías.

En una primera fase, se realizó una selección de los códigos más relevantes en función de los objetivos del estudio. Posteriormente, dichos códigos fueron agrupados en subcategorías, y estas, a su vez, en categorías más amplias, asignando denominaciones conceptualmente representativas. Finalmente, las categorías fueron integradas en temas de orden superior que articulan el significado global de los datos.

El proceso analítico fue iterativo y reflexivo, llevándose a cabo una revisión constante de las decisiones interpretativas. Con el fin de garantizar el rigor metodológico, se emplearon diarios reflexivos y se realizaron reuniones periódicas del equipo investigador para minimizar la influencia de las experiencias personales en la interpretación de los datos. Las discrepancias surgidas durante el análisis fueron resueltas mediante discusión hasta alcanzar consenso. Asimismo, se llevó a cabo una revisión externa por parte de un/a supervisor/a con experiencia en investigación cualitativa, con el propósito de reforzar la credibilidad y la consistencia del análisis realizado.

2.6. Consideraciones éticas

El presente estudio recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias bajo el código CEImPA 2025.375 y se llevó a cabo en conformidad con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Conforme a lo señalado en

dicho documento, se prioriza el bienestar de los participantes por encima de los intereses científicos.

Todos los/as participantes recibieron información detallada sobre los objetivos, características y condiciones del estudio mediante la Hoja de información del (Anexos A1 y A7) y firmaron el correspondiente Consentimiento Informado (Anexos A2 y A8), garantizándose en todo momento la participación voluntaria y el derecho a retirarse sin consecuencias.

En todo el proceso se respetó, con el máximo rigor, todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

3. Resultados

3.1. Resultados cuantitativos

3.1.1. Estadísticos descriptivos de la muestra en las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

La calidad de vida evaluada mediante el Q-LES-Q-SF, mostró una puntuación media de 53,74 ($DT = 6,68$) en la muestra. A pesar de que la escala no cuenta con puntos de corte, con una finalidad exclusivamente descriptiva, se categorizó en cuatro grupos a partir de los cuartiles de la distribución muestral. De este modo, se distinguieron cuatro niveles relativos de calidad de vida dentro de la muestra: baja (14–50 puntos), media-baja (51–54 puntos), media-alta (55–58 puntos) y alta (59–70 puntos). La distribución de frecuencias de estos grupos se presenta en la Tabla B3.

En cuanto al estrés traumático secundario, la puntuación total media en la escala STSS fue de 40,87 ($DT = 8,89$). Al analizar sus dimensiones, la subescala de Evitación presentó la media más elevada ($M = 16,16$; $DT = 4,05$), seguida de Arousal ($M = 12,53$; $DT = 3,04$) e Intrusión ($M = 12,17$; $DT = 3,24$). La Tabla B4 muestra detalles descriptivos del nivel de gravedad según el sexo en la puntuación total del STSS.

3.1.2. Fiabilidad de los instrumentos

La STSS mostró una consistencia interna elevada ($\alpha = .873$; $\omega = .875$), y la Q-LES-Q-SF presentó una consistencia interna excelente ($\alpha = .905$; $\omega = .909$). Estos resultados apoyan la adecuada fiabilidad de ambas medidas en la muestra analizada.

3.1.3. Diferencias según sexo en las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la subescala de intrusión, $U = 6294$, $p = .004$, $rb = .232$, y en la subescala de arousal, $t(315) = -3,094$, $p = .002$, $d = -0,430$.

No se observaron diferencias significativas en evitación, $U = 8000, p = .773, rb = -.023$, en la puntuación total de la STSS, $t(315) = -1,743, p = .082, d = -0,242$, ni en calidad de vida, $U = 7877, p = .634, rb = -.038$. Los resultados completos se presentan en la Tabla B5.

3.1.4. Diferencias según la categoría profesional en las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

En la comparación entre las cuatro categorías profesionales, únicamente la subescala de evitación mostró diferencias globales estadísticamente significativas, $\chi^2(3) = 8,59, p = .035, \varepsilon^2 = .027$. El análisis post hoc no paramétrico de Dwass–Steel–Critchlow–Fligner no identificó diferencias por pares estadísticamente significativas.

No se observaron diferencias significativas entre categorías en intrusión, $\chi^2(3) = 1,90, p = .594, \varepsilon^2 = .006$, ni en calidad de vida, $\chi^2(3) = 3,32, p = .344, \varepsilon^2 = .011$. Tampoco se observaron diferencias significativas en arousal, $F(3, 313) = 2,442, p = .064, \omega^2 = .013$, ni en la puntuación total de la STSS, $F(3, 313) = 2,215, p = .086, \omega^2 = .011$.

3.1.5. Diferencias entre profesionales de PC y PSQ en las escalas Q-LES-Q-SF y STSS, y variables personales

Cuando las categorías profesionales se agruparon en dos bloques amplios —PC frente a PSQ—, los/as profesionales de PSQ presentaron puntuaciones significativamente superiores en evitación, $U = 5279, p = .005, rb = .246$, y en arousal, $U = 5436, p = .010, rb = .223$.

No se observaron diferencias significativas en intrusión, $U = 6697, p = .622, rb = .043$, ni en Q-LES-Q-SF total, $U = 6679, p = .602, rb = -.045$. En la puntuación total de la STSS, los/as profesionales de PSQ también mostraron puntuaciones superiores, $t(315) = -2,569, p = .011, d = -0,387$.

Con relación a la duración de formación específica en trauma, los/as profesionales de PC mostraron una formación significativamente mayor, $U = 4132, p < .001, rb = -.396$.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de personalidad y otros recursos personales: extraversión, responsabilidad, vitalidad o propósito en función de la especialidad. Los resultados completos se presentan en la Tabla B6.

3.1.6. Diferencias entre personal residente y facultativo especialista en las escalas Q-LES-Q-SF y STSS y variables personales

En la comparación entre residentes y facultativos especialistas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del STSS ni en la Q-LES-Q-SF.

Con relación a la duración de formación específica en trauma, el personal facultativo especialista mostró una formación significativamente mayor que el personal residente, $U = 3092, p < .001, rb = .624$.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables personales de extraversión, responsabilidad, vitalidad ni propósito. Los resultados completos se presentan en la Tabla B7.

3.1.7. Diferencias según la edad de la población atendida en las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

En el análisis de diferencias según la población atendida (infanto-juvenil, adulta o ambas), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones del STSS: ni en intrusión, $\chi^2(2) = 4,23, p = .121, \varepsilon^2 = .013$, ni en evitación, $\chi^2(2) = 1,25, p = .534, \varepsilon^2 = .004$, ni en arousal, $\chi^2(2) = 2,97, p = .226, \varepsilon^2 = .009$, ni en la puntuación total de la STSS, $\chi^2(2) = 3,38, p = .184, \varepsilon^2 = .011$. En cambio, sí se observaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida, $\chi^2(2) = 8,19, p = .017, \varepsilon^2 = .026$.

Las comparaciones post hoc mediante el procedimiento de Dwass–Steel–Critchlow–Fligner mostraron que los profesionales que atendían población infantojuvenil presentaban puntuaciones significativamente inferiores en calidad de vida que aquellos que trabajaban con

población adulta ($W = -3,700$, $p = .024$) y que quienes atendían ambas poblaciones ($W = 3,633$, $p = .028$).

3.1.8. Diferencias según la experiencia propia de trauma y las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

Posteriormente se analizó la relación entre haber experimentado trauma propio y las puntuaciones en Q-LES-Q-SF y STSS, excluyendo de esta comparación las personas que respondieron “prefiero no contestar”.

Quienes refirieron haber experimentado trauma en su historia personal mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en intrusión, $U = 7999$, $p = .004$, $rb = .204$; evitación, $U = 8279$, $p = .013$, $rb = .176$; y arousal, $U = 8012$, $p = .004$, $rb = .203$. Asimismo, presentaron puntuaciones superiores en la puntuación total de la STSS, $t(300) = -3,39$, $p < .001$, $d = -0.415$, y puntuaciones más bajas en calidad de vida, $U = 8067$, $p = .005$, $rb = -.197$. Los resultados completos se presentan en la Tabla B8.

3.1.9. Relación entre las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

El análisis correlacional mostró una asociación negativa y de magnitud moderada entre la puntuación total de Q-LES-Q-SF y STSS, $r = -.533$, $p < .001$. Este patrón se reprodujo en las subescalas del STSS: la intrusión se asoció negativamente con la calidad de vida, $r = -.355$, $p < .001$; el arousal mostró igualmente una relación inversa, $r = -.424$, $p < .001$; y la asociación de mayor magnitud correspondió a la evitación, $r = -.568$, $p < .001$.

3.1.10. Relación entre variables de personalidad y otros recursos personales y las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

La puntuación total en la Q-LES-Q-SF correlacionó positiva y significativamente con extraversión, responsabilidad, vitalidad y propósito, siendo las asociaciones de mayor magnitud las observadas para vitalidad ($\rho = .519$, $p < .001$) y propósito ($\rho = .477$, $p < .001$).

Por su parte, la puntuación total de STSS mostró asociaciones negativas con vitalidad ($\rho = -.379, p < .001$) y propósito ($\rho = -.355, p < .001$). A nivel de subescalas, la evitación fue la dimensión más consistentemente relacionada con las variables de personalidad. Los resultados completos se presentan en la Tabla B9.

3.1.11. Relación entre la edad y años trabajados y las escalas Q-LES-Q-SF y STSS

La edad mostró una asociación negativa, débil pero estadísticamente significativa, con intrusión ($\rho = -.130, p = .020$). No se observaron asociaciones significativas entre la edad y evitación, arousal, puntuación total de la STSS o calidad de vida. Del mismo modo, los años totales trabajados no se asociaron significativamente con ninguna de las variables analizadas.

3.2. Resultados cualitativos

Tras la transcripción de los tres grupos focales, los/as investigadores/as extrajeron 95 códigos, los cuales se agruparon en 18 subcategorías, que, a su vez, se convergieron en 5 categorías y un tema: experiencia subjetiva de trauma vicario en profesionales de SM (Tabla B10). Las cinco categorías identificadas fueron: (1) narrativas traumáticas que producen mayor impacto, (2) reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma, (3) permeabilidad entre lo profesional y lo personal, (4) afrontamiento: entre lo individual y el sostén compartido, y (5) aprendizajes constructivos y satisfacción de la práctica clínica.

Para facilitar la comprensión de la estructura del análisis temático, se elaboraron mapas conceptuales -mediante el software de análisis cualitativo-, que representan las relaciones entre el tema central, las categorías y las subcategorías identificadas en el proceso analítico. Con el objetivo de no interrumpir la lectura del apartado de resultados, los mapas conceptuales se presentan en el (Anexo C)

Como apoyo descriptivo al análisis temático, se realizó también un recuento de los segmentos codificados en cada categoría y subcategoría de los tres grupos focales (Tabla B11).

Según la frecuencia de aparición de los segmentos podemos observar como punto en común de los tres grupos focales, que el trauma interpersonal grave es la narrativa más mencionada, seguida de las situaciones de amenaza vital. Con relación a la reacción al trauma, los/as participantes mencionan más la emocional que la cognitiva y visceral-somática. En cuanto a la permeabilidad a la vida personal, sobre todo hacen referencia al impacto en las relaciones sociales. Con respecto al afrontamiento se mencionan tanto estrategias individuales como colectivas, como el apoyo entre compañeros y la importancia del apoyo institucional. Por último, con respecto a los aprendizajes de la práctica clínica se mencionan sobre todo cambios personales constructivos, mientras que la satisfacción profesional, aparece mencionada de forma directa en los grupos con menor frecuencia.

Estos datos, se utilizaron únicamente como orientación para la interpretación de los resultados, sin asumir que la relevancia analítica de las categorías depende exclusivamente de su frecuencia de aparición. A continuación, se presentan los resultados organizados en torno a las cinco categorías identificadas. Cada categoría incluye subcategorías que sintetizan los códigos emergentes, y se ilustran con citas representativas de los/as participantes.

3.2.1. Narrativas traumáticas que producen mayor impacto

Los/as participantes señalaron que determinadas narrativas clínicas generan un impacto emocional especialmente significativo, relacionado tanto con las características del trauma narrado como con factores contextuales o estructurales de la intervención.

3.2.1.1. Factores que influyen en el impacto

Describieron que el grado de resonancia emocional se ve modulado por la identificación del terapeuta con la biografía del paciente:

Si te toca la propia historia, ¿no? que te puede llevar a pensar en tu propia historia... o lo que sea (P1, GF1).

Y también por la crudeza de los detalles relatados:

(...) una historia de maltrato está compuesta como de muchas escenas, está compuesta de palabras que acompañan a la violencia y es como esa parte del detalle la que realmente sí remueve (P5, GF1).

Asimismo, acompañar a pacientes con diagnósticos desfavorables o enfermedades graves acentúa la sensación de carga:

El impacto del diagnóstico de un hijo grave, sea mental, o sea físico, me parece durísimo (P6, GF2). Para mí, casos de enfermedades graves. Madres que vienen contando, bueno, pues que...su hija o hijo tiene un cáncer. También sabes que el desenlace va a ser... no va a ser bueno (P7, GF1).

3.2.1.2. Límites estructurales

Más allá del contenido de las sesiones clínicas, la exposición a situaciones de profunda injusticia social y vulnerabilidad económica sostenida fue descrita como una fuente importante de malestar:

(...) cuando te cuenta situaciones sociales muy injustas, tipo..., yo qué sé, gente que no tiene (...), familias que están en situaciones súper precarias, que apenas casi llegan a fin de mes, que tienen siempre un miedo enorme de quedarse en la calle, que los niños están súper expuestos a todo ese miedo y a esa inseguridad (P1, GF3); Al final tú puedes hacer muy poco ahí y sabes que socialmente ahora mismo también se puede hacer muy poco. A mí eso me genera muchísimo malestar (P1, GF3).

Esta desesperanza se agrava ante los fallos en cadena de las redes de protección. Genera especial desgaste saber que, tras la sesión, el paciente debe regresar a un entorno nocivo:

Sabes que va a volver a ese contexto, en el que probablemente la situación siga reproduciéndose (P8, GF2).

Además, la contención de estos casos complejos choca frecuentemente con la soledad del propio clínico dentro de la institución, evidenciando una preocupante falta de espacios de soporte:-

Llegué al coche llorando. ¿Y cuál era el sentimiento? De soledad (...) casos súper complejos que se me están acumulando y no tengo ayuda de nadie, no tengo a nadie con quien hablar, con quien contar, con quien hablar de los casos. Yo me sentía así. Es como por acumulación. Que hay días o semanas que ves pacientes muy complejos y esas semanas te ves súper solo, desamparado. Y esa fue la sensación que tuve, de desprotección (P8, GF1).

3.2.1.3. Trauma interpersonal grave

Las vivencias de violencia interpersonal crónica, intencionada y dirigida a poblaciones vulnerables conforman el núcleo de las narrativas más perturbadoras. Existe un alto consenso intergrupar de que el abuso sexual infantil y la negligencia severa hacia menores constituyen las experiencias clínicas más difíciles de sostener:

Donde hay múltiples tipos de violencia, que han sufrido, como violencia física, negligencia, abandono, han pasado hambre, abuso sexual, como cuando se... juntan varios tipos de violencia, sobre todo por parte de los padres (P1, GF1).

La observación directa de la desprotección genera una intensa activación emocional, al igual que la exposición a ciclos repetitivos de violencia:

Cuando lo estás viendo en la consulta y no tienes manera de frenar aquello, estás viendo que es una negligencia tremenda (P8, GF1).

O historias de estas de... pues ha sufrido maltrato en la infancia, bullying, luego una relación con violencia, luego otra, como que parece que van encadenando violencia tras violencia tras violencia en cualquier contexto en el que se mueven (P1, GF1).

En esta línea, un testimonio refleja lúcidamente esta impotencia ante la falta de vías de escape para las víctimas:

Una situación de violencia de género donde ves que no hay escapatoria, que la mujer te viene hasta temblando a consulta con un nivel de alerta y que no puedes protegerla porque no tenemos recursos (P2, GF3).

3.2.1.4. Amenaza vital y vulnerabilidad

Los casos en los que los/as consultantes han experimentado situaciones de riesgo vital o extrema vulnerabilidad como enfermedades graves también fueron mencionados como especialmente impactantes. Este tipo de situaciones suelen generar una mayor activación emocional, al implicar una elevada responsabilidad clínica y un alto grado de incertidumbre en la evolución del caso:

Todo lo relacionado con el sufrimiento de la enfermedad, personas que no se quieren ir e inevitablemente se están yendo (P8, GF2).

El contacto diario con la finitud vital puede invadir la subjetividad del terapeuta más allá de su rol profesional. La acumulación de duelos ajenos y el acompañamiento en el final de la vida terminan despertando temores personales frente a la propia vulnerabilidad:

Pienso en varios duelos, pérdidas repentinas, enfermedades, que me hace estar como... que me vienen durante el día imágenes o que me puede pasar a mí, o le puede pasar a alguien cercano, o lo veo más. Y como que me acaba pesando (P6, GF3).

3.2.2. Reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma

La exposición continuada a narrativas traumáticas genera diversas reacciones, que se manifiestan en dimensiones emocionales, cognitivas y somáticas.

3.2.2.1. Reacciones emocionales

Los/as participantes describieron una amplia variedad de respuestas emocionales ante determinadas situaciones clínicas. Entre las emociones más mencionadas se encuentran el enfado, el miedo, la frustración, y la impotencia. El enfado, el miedo y la impotencia ante la dificultad para dar respuesta aparecieron de forma recurrente ante la dureza de los relatos:

*(...) me queda como esa sensación de que el mundo es una **** mierda y los seres humanos somos una escoria. Y entonces estoy como cabreadísima (P1, GF3). Recuerdo esa sensación de pánico de: ¿Qué puedo hacer si estos niños se van con este padre? ¿Qué les puede pasar? como ese miedo (P4, GF2). Es impotencia, no saber cómo..., recibir esa información y ahora como qué hacer con... con ella (P6, GF1).*

En otros casos, el efecto acumulativo del trabajo con trauma se manifiesta como tristeza persistente y malestar sostenido:

Yo me noto más triste, una persona más triste..., más apagada (P8, GF1). Como que me siento desbordado, como que esto ya me llena... y me deja muy poco espacio para vivir luego (P8, GF1).

Esta carga puede ir acompañada de soledad profesional, especialmente en casos extremos en los que el clínico siente que sostiene en solitario una experiencia difícilmente compatible:

Acaba de pasar un camión por encima y aquí no había ningún... ningún testigo (P5, GF1).

Destacan también emociones vinculadas a la responsabilidad profesional, que en algunos casos pueden acompañarse de sentimientos de culpa cuando los participantes perciben que no han podido ofrecer la ayuda que desearían:

Me doy cuenta que igual me siento como muy responsable de cosas que no están en nuestras manos (P1, GF3).

Como mecanismo frente a esta intensidad emocional, algunos participantes reportaron un distanciamiento progresivo:

Hace años a lo mejor te contaban algo impactante y se te notaba en la cara (...) y ahora te están contando algo, pues eso de que hubo abusos de la infancia... y es como que... te están contando que salieron a tomar algo (P7, GF1).

3.2.2.2. Reacciones cognitivas

En el plano cognitivo, describieron cambios en la manera de interpretar determinadas situaciones sociales o vitales. Señalaron que el contacto continuado con narrativas traumáticas puede generar una mayor conciencia de la vulnerabilidad y sufrimiento humano, así como una percepción más intensa de determinados riesgos.

Este cambio se traduce en percibir el entorno como un lugar más peligroso de lo que consideraban inicialmente y la aparición de nuevos miedos:

Darte cuenta de que el mundo no es el lugar en el que pensabas que te habías criado, que es totalmente diferente, que pasan muchísimas cosas malas (P4, GF2). Cuanto más veo la cara menos amable del mundo y todas estas historias, se te desbloquean miedos nuevos que igual nunca te habías parado a pensar (P5, GF3).

Esta transformación cognitiva se acompaña con frecuencia de una mayor sensación de vulnerabilidad, al desdibujarse la idea de que ciertas experiencias traumáticas solo les ocurren a otros:

Nunca piensas que a ti te vayan a pasar ciertas cosas o que haya cerca de ti ciertas cosas y de repente ves que no son cosas que pasan en la televisión, que están en el día a día de todos (P2, GF3).

Además, reportaron una mayor conciencia del sufrimiento en el mundo y esto se expresa en algunos casos como una pérdida de inocencia:

(...) también es muy doloroso ver que el mundo no es como... como tú te lo imaginas o como a ti te gustaría (P5, GF1). Se te rompe un poco la inocencia... vienes con una idea más inocente y vas conectando con muchas cosas dolorosas (P4, GF3).

3.2.2.3. Reacciones viscerales-somáticas

Los/as participantes también expresaron diversas manifestaciones corporales asociadas a la carga emocional del trabajo clínico, como tensión física, presión en el cuerpo, cansancio o dificultades para desconectar tras determinadas sesiones especialmente complejas.

En algunos casos, el impacto aparece de forma inmediata durante la consulta, con ganas de llorar o una fuerte activación corporal:

Incluso de tener ganas de llorar en consulta (P4, GF2).

Otros/as participantes refieren que el cuerpo actúa como primer indicador del malestar:

Yo lo noto también en el cuerpo... primero lo noto en el cuerpo y luego ya puedo recapacitar sobre lo que siento (P1, GF1).

Otras manifestaciones menos visibles, pero igualmente significativas, son el rubor facial, la fatiga intensa, el dolor de cabeza o la sensación de aturdimiento tras determinadas consultas:-

Luego cuando hago la consulta me duele muchísimo la cabeza y estoy como aturdida (P1, GF3).

Algunos participantes describen además una sensación de peso corporal persistente, como si el contenido traumático quedara retenido físicamente:

(...) la presión en el pecho (...) me queda como si me pesara algo encima (P7, GF3).

También aparecen referencias a nudos en el estómago o en la garganta, así como a problemas digestivos relacionados con la acumulación de casos complejos:

(...) a nivel somático luego lo acabo notando, pues eso, en problemas digestivos, ¿no? Que pienso siempre, digo, jolín, pues igual yo a nivel emocional puedo estar bien, pero sí que sé que mi cuerpo está estresado cuando cargo mucho o durante mucho tiempo con algún caso, así, que me genere eso (P2, GF3).

3.2.3. Permeabilidad entre lo profesional y lo personal

Otro de los temas emergentes fue la influencia que la práctica clínica puede tener en la vida personal.

3.2.3.1. Delimitación del rol profesional

Esta necesidad de diferenciación aparece vinculada tanto a la protección emocional como a la dificultad para desconectarse del rol de ayuda fuera del trabajo. En este sentido, una participante señalaba:

Si puedo, oculto siempre mi profesión desde hace años, ya no le digo a nadie a qué me dedico, porque a veces suscita a la gente que te pregunten cosas... y luego además por protegerme yo también, porque a mí luego me resulta muy difícil cuando alguien me cuenta algo, no ayudar (P6, GF2).

3.2.3.2. Transferencia del marco clínico a las relaciones personales

Algunos/as participantes describieron que su experiencia clínica influye en la forma en que interpretan determinadas interacciones sociales, desarrollando una mayor sensibilidad hacia posibles señales de alerta, incongruencias o malestar en los demás. Esta transferencia del marco clínico a las relaciones personales se expresa, por ejemplo, en una mayor atención a lo implícito o a lo no dicho:

Sí que hay esa parte de ver segundas intenciones o de no quedarte solo con lo que te dicen, pero en los dos sentidos, lo de fiarte menos y a la vez también darte cuenta de que a veces la gente está dándote una imagen de estar bien que no es verdad (P1, GF2). A nivel de

las dinámicas, en las que yo me involucro en lo personal, intento como clarificarlas mucho más... me doy cuenta de que voy estando como más alerta a la incongruencia o a lo que no me encaja (P3, GF2).

3.2.3.3. Relativizar el malestar cotidiano

El contacto continuado con historias de sufrimiento extremo también llevó a relativizar determinados problemas cotidianos o conflictos interpersonales en la vida personal. En algunos casos, esta comparación con lo clínico hacía que las preocupaciones propias o del entorno perdieran peso:

Vemos al que tiene cáncer, vemos después cuando se muere, tratamos al que se le murió el de cáncer... eso ye traumático. Entonces cuando salgo de la consulta muchas veces digo ¿de qué me quejo? (P4, GF1).

Sin embargo, esta relativización también podía traducirse en una cierta minimización de las dificultades ajenas cuando no alcanzaban el nivel de gravedad de lo vivido en consulta:

(...) en alguna ocasión creo que me ha hecho quitar peso igual a cosas que le pasan a mi entorno por no tener la gravedad de lo que yo estoy escuchando (P1, GF3).

3.2.3.4. Impacto en las interacciones sociales

El impacto del trabajo clínico trasciende el espacio terapéutico y repercute en los vínculos cotidianos. En algunos casos, esto se acompaña de la sensación de que el entorno no alcanza a comprender del todo la carga de lo que se vive en el trabajo:

Siento que ellos no ven una parte de la vida que nosotros sí vemos. Entonces es como... no puedo explicártelo porque no lo entenderías y directamente como que...te...digamos...te quedas tú con ello (P2, GF3).

Del mismo modo, refirieron sentirse menos presentes en sus vínculos habituales:

Siempre he intentado ser, con mis amistades, con mis personas cercanas, una persona presente, muy presente. Y sí que noto... que desde que estoy expuesta a situaciones... que emocionalmente implican tanto, yo me he encontrado estando menos presente en general (P8, GF2).

En otros casos, esta saturación se traduce en una cierta evitación de la implicación emocional:

Creo que me he vuelto más fría (...) como que pongo más una distancia a lo emocional, ¿no? Porque también he notado eso de que a lo mejor sales de trabajar y alguien de tu familia te cuenta un problema y dices... pfff. No me apetece (P1, GF1).

3.2.3.5. Transmisión de la subjetividad profesional

Finalmente, describieron cómo determinadas reflexiones o aprendizajes derivados de la práctica clínica influyen en la manera en que transmiten ideas, valores o actitudes en su entorno personal. En algunos casos, esta transmisión adopta la forma de una invitación a vivir más en el presente:

(...) una de las cosas que me ha quedado y de la que me acuerdo muchas veces, pues tengo el chip ahora de vive la vida, disfruta, vive tu etapa (P6, GF2).

En otros, se expresa como una mayor preocupación por enseñar a protegerse, especialmente en relación con los hijos:

Estoy mucho más alerta a ciertos peligros que puede haber, sobre todo en entornos en los que tú no estás, ¿no? a que mi hijo pueda defenderse o pueda pedir ayuda, ¿no? sepa cuándo es una situación inadecuada (P3, GF2). (...) y a mis hijos es algo que de alguna manera sí que les estoy transmitiendo, que el mundo no es ni maravilloso ni es un sitio en el que las cosas son bonitas (P7, GF2).

3.2.4. Afrontamiento: entre lo individual y el sostén compartido

Ante el impacto emocional derivado de la exposición continuada al sufrimiento de los/as consultantes, describieron diversas estrategias de afrontamiento orientadas a regular el malestar y sostener la práctica clínica. Estas estrategias incluyen recursos individuales, así como formas de apoyo interpersonal dentro del entorno profesional.

3.2.4.1. Regulación emocional, conductual y cognitiva

En algunos casos, esta regulación comienza por limitar la propia exposición subjetiva al caso:

Cuando estoy, así, un poco con algún caso que me remueve... yo creo... no sé, desarrollé una defensa que es controlar la curiosidad (P3, GF1).

Aparece con frecuencia la necesidad de separar espacios y dejar deliberadamente el trabajo fuera del ámbito cotidiano:

(...) he tenido que ir aprendiendo a dejar el trabajo en el trabajo. Eso me costó muchos años, pero me ha supuesto un alivio... yo me llevaba historias a casa, informes a casa y en un momento de mi vida dije: se acabó (P1, GF2).

También se reconoce el valor de recursos más estructurados, como la supervisión y la terapia personal, entendidos no solo como herramientas técnicas, sino como espacios de cuidado del propio profesional:

Para mí la terapia y la supervisión, digamos, que es lo que me permite en cierta manera poder separar... poder separar lo que es el trabajo de lo que es la vida fuera (P7, GF2).

Junto a estas estrategias más reflexivas, también se describen conductas evasivas, utilizadas como forma de amortiguar el impacto emocional a corto plazo:

(...) bordeando a veces, quiero decir..., lo adictivo ¿no?, porque me sale después de un momento de estos, que digo...bueno, ¡el móvil! O sea, me pongo a mirar el móvil en plan [fiu fiu fiu -hace el gesto de “scrollar”]... scroll completo de... me vengo a olvidar (P5, GF2).

Del mismo modo, el ocio y la actividad física aparecen como recursos especialmente valorados:

Me he buscado un hobby que no tiene nada que ver... yo bailo, entonces todo el mundo está riéndose... eso, como todo lo que veo, tiene como otro componente totalmente distinto (P1, GF1). Los días largos, si no hago deporte, no me muevo, hago algo físico... luego no duermo, o sea, tengo la cabeza fun fun fun (P6, GF3).

3.2.4.2. La institución como fuente de conflictos

Junto a los recursos individuales, los participantes identificaron con frecuencia a la institución como un elemento que puede agravar el malestar. En sus discursos aparecen tensiones asociadas a la normalización de la sobrecarga, la falta de espacios de cuidado, la ausencia de supervisión formal y la percepción de un escaso apoyo institucional. En este sentido, algunos/as participantes describen que el propio funcionamiento del sistema obliga a asumir como normales condiciones de trabajo que resultan emocionalmente muy exigentes:

Creo que en general el sistema nos mete en una rueda en la que... acabas normalizando cosas que no deberías normalizar... esa carga asistencial, es que no hay espacios (P1, GF3).

La falta de tiempo y de lugares para elaborar lo vivido en consulta aparece repetidamente como fuente de desgaste, de ahí que algunos discursos formulen de forma explícita una demanda de supervisión, tanto de equipos como de casos concretos.

Sí que creo que el sistema no te da el espacio para muchas veces procesar cosas... necesitamos pausar todo, bajar un poco revoluciones cuando estamos en estas situaciones, no lo puedes hacer (P2, GF3).

En términos generales predomina una percepción de descontento con la política asistencial y de falta de contención desde la institución:

(...) la mayor decepción que tengo desde que entré en este mundo, el hecho de que quizás esperaba una cierta contención, ¿no? Digamos que esto va como en cascada, o como yo lo concebía. Yo intento contener a mis pacientes y a mí me contienen desde arriba y entonces desde el momento en el que te empiezas a dar cuenta de que no es que no sea así, sino que tú tienes que contener a la propia institución, pues entonces se vuelve..., se vuelve un evento estresor que incluso a veces es mucho, mucho, mucho más estresante, por lo menos para mí, que esos problemas que traen los pacientes (P7, GF2).

3.2.4.3. Apoyo horizontal como fuente principal de sostén

Frente a estas limitaciones institucionales, el apoyo entre compañeros emerge como uno de los recursos más relevantes para afrontar el impacto emocional del trabajo clínico. En algunos discursos aparece incluso la idea de que la carga emocional sería más manejable si los casos se abordaran de forma compartida:

(...) creo que si los casos así, como tan complejos, se trabajaran en coterapia o con un equipo terapéutico... toda esa frustración y esa impotencia, yo creo que sería menor (P1, GF1).

Más allá de lo técnico, el equipo se presenta como un espacio de escucha, validación y contención emocional:

(...) yo creo que tener un buen equipo con el que poder comentar los casos, que te escuche... yo hay días que digo, si no tuviera un equipo con el que poder hablar de todo esto, no sé qué haría (P8, GF2).

3.2.5. Aprendizajes constructivos y satisfacción de la práctica clínica

A pesar del impacto del trabajo clínico, los/as participantes también describieron diversos aprendizajes y aspectos positivos derivados de su experiencia profesional.

3.2.5.1. Satisfacción profesional

La devolución positiva por parte de los consultantes y el reconocimiento del proceso terapéutico fueron descritos como elementos que refuerzan el sentido del trabajo clínico. Los discursos sugieren que la satisfacción profesional no se articula tanto en torno a la resolución del sufrimiento como a la posibilidad de ofrecer sostén y de ocupar, aunque sea de forma limitada, un lugar reparador en la experiencia del otro:

(...) todo lo que aprendiste hasta aquí te permitió... trabajar de mejor o peor manera, pero trabajar muchos casos... y en general... tengo devolución de satisfacción de los propios pacientes muchas veces, con lo cual, sobre todo cuando digo que me jubilo, eh... mmm... veo caras a veces de... "¡pero, por favor, por favor! ahora que ya le conté en mi vida, ahora que ya nos entendemos, no puede irse". Entonces es como una devolución también de... bueno, tan mal no lo debí de estar haciendo a pesar de toda mi duda siempre (P2, GF1).

3.2.5.2. Cambios personales

Los/as participantes expresaron que la exposición continuada a experiencias de elevada carga traumática contribuye a valorar más aspectos cotidianos de la vida y a desarrollar una mirada más comprensiva hacia las dificultades de otras personas. En algunos casos, adopta la forma de un aprendizaje vicario, al observar en los/as consultantes estrategias de afrontamiento inesperadas ante circunstancias extremas:

Aprender estrategias, ¿no? también eso en el sentido más positivo de cómo ante determinadas circunstancias muy difíciles (...) ver personas muy resilientes (...) Y también, cómo aprender de esas estrategias (P5, GF1).

En otros casos, el trabajo clínico aparece ligado a procesos de autoconocimiento, al confrontar al profesional con reacciones, límites o preguntas sobre sí mismo que antes no se había planteado:

El autoconocimiento para mí es importante porque como te ponen en una situación que no te habías visto antes, con información que no tenías antes, ver tu vida de otra forma totalmente diferente también hace, bueno, que te plantees pues cosas de ti mismo (P7, GF3).

De forma complementaria, varios discursos destacan una mayor capacidad para apreciar la propia vida y valorar lo cotidiano:

Y luego también valoras cosas que te pasan buenas en la vida, mucho más, aunque sean pequeñas cosas. Te sientes afortunado muchas veces de tener una vida... cotidiana, normal (P6, GF2).

Esta transformación también se expresa en una mayor conexión con el presente y en una actitud de mayor comprensión y flexibilidad hacia los demás:

Hay veces que me puede dar también sentimientos positivos, en el sentido de hacerme como estar más conectado con el momento presente (P6, GF3). Yo creo que el trabajo nuestro y el tiempo y lo que llevas viendo y tal. Yo sí creo que me hizo algo... fue ser más flexible con las relaciones... con las opiniones... (P3, GF1).

3.2.5.3. Resignificación de la experiencia de vida

Los/as participantes señalaron que el contacto continuado con historias de sufrimiento extremo transforma su manera de comprender la vida y la capacidad humana para afrontarla. En este sentido, describieron una ampliación del concepto de normalidad, así como sentimientos de esperanza y admiración ante la resiliencia de muchas personas que logran afrontar experiencias altamente traumáticas.

Uno de los elementos destacados fue precisamente la ampliación del concepto de normalidad, al integrar la enorme diversidad y dureza de algunas trayectorias vitales:

(...) como que teníamos tantas situaciones integradas, como complicadísimas, terribles, que al final no colocas la normalidad en un parámetro tan escaso, ¿no? lo pones en un parámetro más amplio (P2, GF1).

Junto a ello, mencionaron que cuando observan que determinadas personas consiguen interrumpir trayectorias de violencia o encontrar recursos en condiciones extremadamente adversas despierta esperanza en los participantes:

A veces creo que tengo menos confianza en que las cosas van a salir bien de las que luego te encuentras. Y eso, desgraciadamente ha sido pocas veces, pero las veces que lo he vivido te da esperanza en la humanidad (P1, GF3).

Finalmente, esta esperanza aparece estrechamente ligada a una profunda admiración por la resiliencia humana:

(...) me siguen fascinando los seres humanos. Me parece como... cómo somos capaces de sobrevivir a tantas cosas, de venirnos arriba, de cuidar en situaciones extremas. A mí eso me sigue impactando y me gusta mucho de este trabajo, poder ver esa otra parte de la gente (P1, GF2).

4. Discusión

4.1. Discusión de los resultados cuantitativos

El objetivo del presente estudio fue conocer el grado de TV —operacionalizado en la fase cuantitativa a través del constructo de ETS— y de CV en profesionales de PC y PSQ del SNS, así como analizar el papel de distintas variables sociodemográficas, profesionales y personales en ambos fenómenos. En relación con este objetivo, los resultados permiten afirmar que los profesionales evaluados presentaron, en promedio, niveles moderados de ETS y una CV situada en un rango medio-bajo, habiéndose encontrado una asociación negativa y de magnitud moderada entre ambas.

En conjunto, los datos sugieren que el impacto de la exposición clínica continuada a narrativas traumáticas constituye una realidad relevante en este tipo de población. Este hallazgo resulta coherente con la literatura previa, que describe un panorama alejado tanto de la ausencia de afectación como de un deterioro uniformemente grave: las revisiones recientes señalan que, aunque muchos profesionales en el ámbito de la SM no presentan niveles clínicamente relevantes de malestar, una proporción significativa sí desarrolla sintomatología traumática secundaria (Velasco et al., 2023; Henderson et al., 2024). En general, se estima que entre el 5 % y el 15 % de los mismos presentan niveles clínicamente significativos de TV y/o ETS, así como una elevada coexistencia entre ambos fenómenos (Bercier y Maynard, 2015; Sutton et al., 2022).

Esta interpretación cobra especial relevancia al considerar la muestra analizada. A diferencia de buena parte de la literatura previa, centrada en muestras amplias y heterogéneas, el presente estudio se realizó específicamente con profesionales de PC y PSQ del SNS. Esta especificidad es relevante, en tanto que la propia literatura ha señalado que la heterogeneidad disciplinar dificulta la comparación de resultados y que siguen siendo escasos los estudios

centrados específicamente en psicólogos. Del mismo modo, aunque el estudio español reciente de Velasco et al. (2025) encontró niveles globales leves de ETS en profesionales, su muestra no se limitaba al SNS ni a profesionales de PC y PSQ, sino que incluía perfiles diversos y una representación relevante del ámbito no público.

En línea con lo anterior, los resultados del trabajo podrían estar reflejando no solo el efecto de la exposición continuada al sufrimiento ajeno, sino también el impacto acumulativo de las condiciones propias de la práctica asistencial en la red pública de SM. En el contexto español, se ha descrito una elevada demanda de atención en SM junto con escasez de profesionales, limitación de recursos, listas de espera prolongadas, tiempos breves de atención y presión asistencial sostenida (Velasco et al., 2025). De este modo, la presencia de niveles moderados de ETS y de una CV media-baja en psicólogos clínicos y psiquiatras puede entenderse como un hallazgo coherente con las exigencias emocionales propias de la labor asistencial en este contexto.

En relación con las diferencias según sexo, los resultados ofrecieron un apoyo parcial a la hipótesis de mayor vulnerabilidad femenina. En los análisis bivariados, las mujeres presentaron puntuaciones significativamente superiores en intrusión y arousal, pero no en evitación, en la puntuación total de la STSS ni en Q-LES-Q-SF. Este patrón sugiere que la diferencia entre hombres y mujeres no se expresa de manera homogénea en todo el espectro del ETS, sino con mayor claridad en dimensiones vinculadas a la reexperimentación y la activación. Estos resultados pueden situarse en continuidad con la literatura que ha descrito una mayor afectación traumática en mujeres (Olf, 2017).

No obstante, estos resultados invitan a evitar una interpretación simplista del sexo como factor de riesgo directo. En el ámbito específico de la traumatización secundaria en clínicos, Baum (2016) describe una tendencia bastante consistente hacia mayor susceptibilidad femenina cuando el fenómeno se evalúa mediante instrumentos centrados en sintomatología tipo TEPT,

aunque subraya que ello no implica ausencia de malestar en los hombres y que este podría expresarse de forma distinta. En la misma línea, el metaanálisis de Baum et al. (2014) encontró una mayor traumatización secundaria en mujeres y observó que las diferencias tendían a ser más marcadas en intrusión que en evitación o en la puntuación total, un patrón que converge con los resultados de nuestro estudio. En conjunto, los datos apuntan a una posible forma diferencial de manifestación del ETS según el sexo, con un incremento de la vulnerabilidad general en mujeres.

Cuando se comparó a los profesionales de PC y PSQ, los profesionales de PSQ presentaron puntuaciones significativamente superiores en evitación, arousal y ETS total, sin diferencias en intrusión ni en CV. Este resultado sugiere una mayor afectación en algunos componentes del ETS en los profesionales de PSQ. En esta línea, un estudio realizado en servicios públicos de SM de la Región de Murcia encontró que los PSQ referían una exposición significativamente mayor a violencia verbal y física por parte de los pacientes que los PC, y que dicha violencia se asociaba con burnout, insatisfacción laboral, síntomas somáticos, ansiedad y depresión, lo que sugiere que parte de esta diferencia podría relacionarse con un tipo de exposición asistencial más conflictiva o demandante, y no necesariamente con la especialidad por sí misma (Pina et al., 2022). No obstante, esta interpretación debe mantenerse con cautela, ya que podrían intervenir otras variables. Green et al. (2014) no hallaron diferencias significativas en burnout según la disciplina, mientras que el clima organizativo y el estilo de liderazgo explicaban una parte relevante de la variabilidad del malestar profesional. Los datos del presente estudio no permiten determinar si la diferencia observada responde al tipo de pacientes atendidos, al contexto asistencial, a factores organizativos o a otras variables no medidas.

Asimismo, los profesionales de PC informaron de una mayor duración de formación específica en trauma, pero dicha diferencia no se acompañó de diferencias con otras variables,

como el nivel de ETS o la CV. Este resultado no debería interpretarse de forma simplista como prueba de que la formación “no sirve”, sino más bien como indicio de que la variable empleada —duración autoinformada de la formación— podría no captar adecuadamente aspectos cualitativos más relevantes, como el tipo de formación recibida, su profundidad, su aplicabilidad clínica, la presencia de supervisión o el grado en que promueve recursos de autocuidado y elaboración emocional.

En la comparación entre residentes y facultativos especialistas, no se observaron diferencias significativas ni en ETS ni en CV, aunque sí apareció una diferencia clara en la duración de la formación específica en trauma, mayor entre los facultativos. Este patrón converge con la ausencia de asociaciones significativas del ETS y de la CV con la edad y los años trabajados en nuestra muestra. En conjunto, los resultados cuestionan una lectura lineal según la cual una mayor edad, experiencia profesional o formación se traducirían automáticamente en menor ETS o en mejor CV. La literatura, a este respecto, resulta heterogénea. Mientras que algunos estudios no han encontrado asociaciones consistentes con estas variables (Hensel et al., 2015), otros trabajos sí han descrito asociaciones parciales: los profesionales más jóvenes tienden a presentar más burnout y los más experimentados mayor satisfacción por compasión, sin que ello implique necesariamente menores niveles de ETS (Craig y Sprang, 2010; Sodeke-Gregson et al., 2013). Del mismo modo, revisiones recientes han identificado la juventud y la menor experiencia como posibles factores predisponentes para el ETS en parte de la literatura, aunque también han señalado que la relación con la experiencia puede ser no lineal y depender de otros elementos contextuales y personales (Fernández et al., 2024). Así, cabe plantear la hipótesis de que la experiencia clínica contribuya a modular algunas formas de vulnerabilidad, mientras que otras —como el cansancio acumulativo, el desgaste relacional o la consolidación de estrategias evitativas— puedan persistir o incluso transformarse con el paso del tiempo.

Los antecedentes personales de trauma mostraron un patrón más consistente. Los profesionales que refirieron antecedentes traumáticos presentaron puntuaciones más elevadas en intrusión, evitación, arousal y STSS total, así como una CV más baja. Este resultado respalda con claridad la hipótesis de que la historia traumática personal puede actuar como factor de vulnerabilidad frente al impacto indirecto del trauma ajeno. Desde un punto de vista clínico, la asociación resulta plausible: la exposición continuada a narrativas traumáticas puede resonar con experiencias propias previas, facilitar procesos de reactivación emocional o aumentar la sensibilidad ante determinados contenidos clínicos. En conjunto, la literatura disponible apoya esta interpretación. En un metaanálisis de 38 estudios, Hensel et al. (2015) hallaron que la historia traumática personal se asociaba de manera significativa, aunque con un tamaño del efecto pequeño, con mayores niveles de ETS. En la misma línea, la revisión sistemática de Leung et al. (2023) identificó una asociación positiva entre historia de trauma personal, ETS y TV, mientras que los resultados relativos al burnout fueron menos consistentes, lo que sugiere una relación más específica con respuestas traumáticas indirectas que con formas más inespecíficas de malestar laboral.

Más recientemente, Henderson et al. (2024), en una revisión sistemática centrada específicamente en profesionales de SM, encontraron que 14 de 18 estudios informaban de una relación positiva significativa entre historia traumática personal y ETS. Asimismo, estudios empíricos clásicos y recientes han mostrado que los terapeutas con antecedentes traumáticos presentan mayor afectación vinculada al trabajo con trauma, incluyendo mayores niveles generales de distress y interrupciones en esquemas cognitivos (Pearlman y Mac Ian, 1995); y que la historia traumática personal sigue apareciendo como un factor contribuyente incluso al considerar otras variables como el burnout, la proporción de trabajo centrado en trauma o la autocompasión (Cleary et al., 2024). No obstante, conviene evitar una interpretación lineal o determinista de esta asociación, ya que la mayoría de los estudios disponibles son transversales,

por lo que no permiten establecer causalidad ni aclarar del todo el papel de variables mediadoras o moduladoras, como la supervisión, el apoyo organizacional o los recursos personales de afrontamiento.

Tras los análisis comparativos, los resultados pasaron a examinar la relación entre ETS y CV. En ellos, se encontró que la asociación entre ambas variables fue negativa y de magnitud moderada, tanto para la puntuación total de la STSS como para cada una de sus subescalas. Este hallazgo indica que mayores niveles de sintomatología traumática secundaria se acompañan de menores niveles de disfrute, satisfacción y bienestar global. La literatura previa ofrece apoyo a esta interpretación: aunque los estudios sobre ETS y CV son todavía escasos, algunos trabajos han encontrado que mayores niveles de ETS se asocian con peor CV y menor satisfacción con la salud (Civljak et al., 2024), así como con un deterioro más amplio del bienestar y del funcionamiento (Bock et al., 2020). En la CV profesional, donde la evidencia es más abundante, los hallazgos apuntan en la misma dirección, vinculando el ETS con mayor burnout y peor ajuste laboral (Lee et al., 2021; Lobo et al., 2024).

Dentro de esta relación general, la evitación merece una consideración particular. El hecho de que esta dimensión presentara la asociación más intensa con la CV sugiere que el impacto subjetivo del trabajo clínico con trauma puede manifestarse no solo en formas agudas y visibles de malestar, sino también en procesos más silenciosos de distanciamiento, retirada emocional y empobrecimiento progresivo de la implicación vital. En el ámbito del TEPT, la evitación se ha conceptualizado como un mecanismo de mantenimiento, en la medida en que interfiere con el procesamiento emocional del recuerdo traumático y con la incorporación de información correctiva capaz de modificar las asociaciones de miedo (Foa y Kozak, 1986; Watkins et al., 2018). Además, Kelly et al. (2019) observaron, en un diseño longitudinal, que la evitación experiencial mediaba la relación entre sintomatología postraumática y apoyo social posterior, lo que sugiere que parte del deterioro funcional asociado al trauma no depende

únicamente del malestar experimentado, sino también de la retirada de contextos relacionales potencialmente protectores. De forma convergente, May et al. (2022) encontraron que la anhedonia relacionada con el TEPT predecía un mayor deterioro psicosocial posterior y Campbell y Renshaw (2018), en una revisión sobre TEPT y funcionamiento relacional, que los síntomas situados en un polo de embotamiento emocional y desapego interpersonal pueden resultar especialmente dañinos.

Aunque en el ámbito del ETS los mecanismos implicados han sido menos estudiados, los hallazgos disponibles apuntan en una dirección similar. Calegari et al. (2022) observaron que las estrategias evitativas se asocian con mayor sintomatología secundaria, mayor burnout y menor satisfacción por compasión, mientras que Vukčević Marković y Živanović (2022) encontraron que el afrontamiento evitativo y el pasivo se relacionaban con mayores niveles de sintomatología de ETS, especialmente con más alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo. En esta misma línea, Granek et al. (2017) hallaron que niveles más altos de ETS en oncólogos/as se asociaban con estilos comunicativos más evitativos en conversaciones con pacientes al final de vida. En conjunto, estos datos permiten pensar que la evitación, entendida aquí en un sentido amplio, puede constituir uno de los mecanismos mediante los cuales la exposición continuada al trauma ajeno erosiona progresivamente el funcionamiento y la CV de los/las profesionales.

En relación con los rasgos de personalidad y otros recursos personales, la Q-LES-Q-SF correlacionó positiva y significativamente con extraversión, responsabilidad, vitalidad y propósito vital, mientras que el STSS total mostró asociaciones negativas sobre todo con vitalidad y propósito. Además, a nivel de subescalas, la evitación volvió a aparecer como la dimensión más consistentemente relacionada con estas variables. En conjunto, estos hallazgos sugieren que no todos los recursos personales operan del mismo modo: la extraversión y la responsabilidad parecieron vincularse principalmente con un mejor ajuste general, mientras que

la vitalidad y el propósito vital mostraron una relación más estrecha tanto con el bienestar global como con menores niveles de ETS. En esta línea, la literatura sugiere que tanto el propósito vital como la vitalidad subjetiva pueden actuar como recursos frente al impacto del trabajo con trauma. Singer et al. (2020) encontraron que un mayor propósito vital se asociaba con menores niveles de TV, ETS y burnout. De forma complementaria, Martín-Cuellar et al. (2019) observaron que la vitalidad subjetiva se relacionaba con menores niveles de ETS y burnout. Estos hallazgos sugieren que tanto la vitalidad como el propósito vital podrían constituir recursos relevantes para sostener el bienestar en profesionales expuestos de forma continuada al sufrimiento ajeno.

Tomados en conjunto, los resultados ofrecen un apoyo parcial a las hipótesis planteadas. Se confirma parcialmente la mayor vulnerabilidad asociada al sexo femenino; se confirma con mayor consistencia el papel de la historia personal de trauma; y también se observa que determinados recursos personales, especialmente la vitalidad y el propósito vital, se asocian con una mejor CV y con menor malestar. En cambio, no se confirma que la menor edad o la menor experiencia profesional se asocien a mayor afectación, ni que la mayor formación en trauma — al menos medida por su duración— se acompañe de menores niveles de malestar o de mejor CV en los análisis realizados. Además, una parte del planteamiento hipotético inicial quedó fuera del contraste cuantitativo, ya que no se presentaron análisis específicos sobre la carga de exposición a pacientes con historia de trauma, pese a formar parte de las hipótesis de partida.

4.2. Discusión de los resultados cualitativos

El objetivo de la fase cualitativa fue profundizar en cómo los profesionales de PC y PSQ del SESPA perciben, experimentan y afrontan la exposición a narrativas traumáticas en la práctica clínica, así como explorar la repercusión de esta experiencia en su vida personal.

Los resultados cualitativos indicaron que el trauma interpersonal —especialmente en poblaciones vulnerables— constituye la narrativa que genera mayor impacto, seguido de las enfermedades graves y las situaciones de riesgo vital. Este impacto está modulado por factores estructurales, organizacionales y personales, y se manifiesta en los/as profesionales a nivel emocional, corporal y cognitivo. Asimismo, repercute en su vida personal, pudiendo generar tanto efectos perjudiciales (e.g., distanciamiento emocional, dificultad para estar presente o minimización del malestar cotidiano) como cambios potencialmente beneficiosos (e.g., mayor flexibilidad en las relaciones). El afrontamiento de estas experiencias combina estrategias individuales y colectivas, destacando el valor atribuido al apoyo entre compañeros/as. Finalmente, los/as profesionales reconocen cambios personales constructivos derivados de la práctica clínica, si bien la satisfacción profesional se menciona con escasa frecuencia.

El hecho de que en este estudio el trauma interpersonal grave haya resultado la narrativa que genera mayor impacto —especialmente cuando afecta a poblaciones vulnerables, como menores o mujeres— converge con estudios actuales. En un metaanálisis reciente, Visser et al. (2025) concluyen que la prevalencia de TEPT en población infantojuvenil, es mayor en quienes han sufrido trauma interpersonal, con especial incidencia en las niñas. En paralelo, Serrano-Rodríguez et al. (2025) documentan las intensas y devastadoras consecuencias psicosociales de las agresiones sexuales en mujeres. En la misma línea, Olaya et al. (2015) encontraron que el riesgo condicional más alto de desarrollar TEPT se asociaba con el hecho de ser mujer y haber sufrido abuso sexual. Desde la perspectiva de los/as profesionales, Padmanabhanunni y Gqomfa (2022) muestran que las terapeutas mujeres expuestas a narrativas de agresión sexual hacia mujeres presentan imágenes intrusivas, desconexión cognitiva y conductual, desconfianza hacia los hombres e hipervigilancia respecto a la seguridad de sus hijas. Asimismo, en los resultados también se describieron como impactantes las situaciones de amenaza vital, en línea con estudios recientes que muestran que la exposición profesional al sufrimiento extremo, la

enfermedad grave, la muerte y las conductas suicidas puede generar un impacto emocional significativo en los/as profesionales (Brier et al., 2026; Delafontaine et al., 2024; Ferracioli et al., 2023).

Más allá del contenido de la narración, los/as profesionales de SM percibían que el impacto estaba modulado por factores estructurales, organizacionales y personales. En esta línea, los grupos focales señalaron el peso de las limitaciones de la red sociosanitaria, la sobrecarga asistencial y la falta de apoyo institucional. También emergieron en las narrativas factores personales como la identificación con la historia de la persona consultante o los detalles de las narraciones (El Husseini et al., 2016; Branson, 2019).

Si bien los/as profesionales asumen el impacto inherente de trabajar con trauma interpersonal grave, es el contexto organizacional el que parece modular cómo se procesa esta exposición. Esta perspectiva converge con la literatura internacional reciente sobre el Cuidado Informado por el Trauma (TIC, por sus siglas en inglés). Revisiones exploratorias como las de Berring et al. (2024) y Saunders et al. (2023) destacan que el marco TIC debe entenderse no solo como un modelo de atención a consultantes, sino también como una estrategia integral para promover la salud organizacional y el bienestar de los equipos. Saunders et al. (2023) observan que cuando las organizaciones facilitan y estructuran la adopción de enfoques TIC, el personal experimenta un aumento significativo en la empatía, una mayor cohesión grupal y un renovado sentido de satisfacción profesional. Con relación a los factores personales que pueden intensificar el impacto, los resultados coinciden con estudios previos que señalan la identificación con la historia de la persona consultante (El Husseini et al., 2016); y la narración detallada y gráfica de los hechos traumáticos (Branson, 2019).

Respecto a la forma en que este impacto se manifiesta, en los grupos focales se mencionaron reacciones emocionales, somáticas, y cognitivas. La presencia de respuestas emocionales variadas e intensas ante las narrativas traumáticas también se ha descrito en

investigaciones cualitativas previas. McNeillie y Rose (2020) y Munishvaran y Booyesen (2022) informan de tristeza e ira ante la exposición repetida a relatos de violencia, abuso, pérdida e injusticia, especialmente cuando estos confrontan al terapeuta con formas extremas de sufrimiento humano. Además, señalan miedo y ansiedad respecto a la seguridad propia y ajena, posiblemente derivados de cambios en las creencias sobre la vulnerabilidad humana. También se documentan sentimientos de culpa, frustración e irritabilidad, relacionados con la desesperanza y la impotencia al no poder modificar lo vivido por los/as consultantes, así como la vivencia de que estas emociones pueden resultar abrumadoras, agotadoras y difíciles de regular.

Por otro lado, en los grupos se menciona el distanciamiento emocional como una forma de regulación frente a la intensidad de determinados relatos. McNeillie y Rose (2020) también describen que, algunos/as profesionales experimentaron desconexión o insensibilización. El distanciamiento puede entenderse como una estrategia de afrontamiento que permite sostener la tarea clínica; no obstante, su cronificación puede asociarse a procesos de despersonalización y desgaste profesional (Maslach y Leiter, 2016). Este hallazgo resulta coherente con investigaciones previas que advierten sobre la tensión entre la cercanía terapéutica y la distancia emocional en el abordaje del trauma complejo (Amari y Mahoney, 2021).

Nuestros resultados también muestran que este impacto no se limita a la esfera emocional. En los grupos focales emergieron cambios en la forma de interpretar el mundo, una mayor conciencia del sufrimiento y de la vulnerabilidad humana, así como manifestaciones corporales de tensión y sobrecarga. En el plano cognitivo, McNeillie y Rose (2020) describen, en línea con los hallazgos de la presente investigación, el desarrollo de una visión de uno/a mismo/a como vulnerable, de las demás personas como potencialmente peligrosas y del mundo como un lugar inseguro, junto con la aparición de dudas sobre las propias competencias

profesionales. En la misma línea, Molnar et al. (2017) señalan cambios en la percepción de seguridad y en la confianza interpersonal.

A nivel corporal, la literatura previa también recoge manifestaciones acordes con las observadas en este estudio. Autores como Bercier (2013) y Sinclair et al. (2017) describen extenuación, somatización y alteraciones del sueño vinculadas a la fatiga por compasión, hallazgos que se alinean con la noción de “pesadez emocional” propuesta por Possick et al. (2015). Así, la emergencia de reacciones somáticas en nuestros grupos —como tensión, fatiga o problemas digestivos— refuerza la literatura clínica que subraya la importancia de incluir enfoques corporales (*bottom-up*) en la comprensión y prevención del trauma vicario, evidenciando que el malestar puede manifestarse corporalmente incluso antes de ser elaborado de forma consciente (Rothschild y Rand, 2006; Winblad et al., 2018)

La permeabilidad entre la esfera profesional y la personal constituye otro hallazgo relevante. La emergencia de subcategorías vinculadas a la transferencia del marco clínico a las relaciones privadas, la necesidad de delimitar el rol profesional y la disminución de la disponibilidad emocional fuera del entorno laboral sugieren que el impacto del trabajo con trauma no se circunscribe al espacio terapéutico. Esta lectura es coherente con estudios cualitativos previos que demuestran que el ejercicio de la psicoterapia influye en la vida y en los vínculos del/de la terapeuta —tanto de forma enriquecedora como perjudicial—, y que sostener esta labor exige construir activamente un estilo de vida compatible con ella (Råbu et al., 2016).

En el ámbito de la psicoterapia, un adecuado equilibrio entre el trabajo y la vida privada se ha asociado con menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, lo cual subraya la importancia de preservar fronteras claras (Kotera et al., 2021). La contundencia de este impacto ha sido corroborada por metaanálisis recientes, como el de Velasco et al. (2023), quienes confirman que la exposición profesional sistemática al trauma y al sufrimiento humano

genera efectos psicológicos adversos significativos, elevando el riesgo de desarrollar vulnerabilidades clínicas si no se establecen medidas de protección. En esta misma línea, la bibliografía indica que la desconexión psicológica del trabajo es un elemento central para la recuperación frente al estrés laboral, un proceso que resulta más difícil cuando se intensifican las demandas o se carece de apoyo organizacional (Sandoval-Reyes et al., 2021).

Asimismo, nuestros resultados indican que la sobrecarga emocional puede favorecer el retraimiento y una menor disponibilidad afectiva en la vida privada. Este hallazgo resulta coherente con lo descrito por Bustos (2018), quien señala que, cuando el trabajo clínico se traslada a la cotidianidad, puede surgir una menor disposición para la intimidad y un escaso interés por compartir tiempo o afecto con las personas cercanas. Como advierten McNeillie y Rose (2020), este distanciamiento no responde únicamente a la fatiga emocional, sino que también está estrechamente vinculado a la pérdida de confianza hacia las demás personas. Esta tendencia al aislamiento —impulsada por la sensación de incompreensión del entorno y la necesidad de silenciar el propio rol para protegerse— podría mermar el acceso de el/la profesional a sus redes naturales de apoyo. Esto resulta especialmente crítico si se considera que la evidencia señala a las relaciones de confianza como un amortiguador fundamental contra el *burnout*, siempre y cuando estas figuras no exijan al profesional mantener un rol clínico fuera de la consulta (Bustos, 2018; Ruisoto et al., 2021).

Finalmente, cabe destacar que esta interferencia podría resultar especialmente relevante para profesionales de SM con menor experiencia. Aunque estos hallazgos deben interpretarse con cautela, la mayor prevalencia de contenidos vinculados a las relaciones sociales y los conflictos institucionales en el grupo de residentes sugiere la existencia de mayores dificultades para integrar el impacto emocional del trabajo clínico en la vida cotidiana durante las etapas iniciales de la construcción de la identidad profesional (Knight, 2018; Molnar et al., 2017).

En relación con las estrategias de afrontamiento, los resultados ponen de relieve una tensión entre recursos individuales y recursos colectivos. A nivel individual, los/as participantes destacaron tácticas como la separación de espacios, la supervisión y la terapia personal, la búsqueda de ocio desligado del trabajo, la actividad física y otras formas de regulación orientadas a recuperar sensación de control y presencia. Estos resultados son consistentes con la literatura previa, la cual subraya que la supervisión de casos y la terapia reducen la probabilidad de presentar TV (Hernandez-Wolfe et al., 2015; Kounenou et al., 2023; Skar et al., 2022). También, que el autocuidado y la actividad física son estrategias de afrontamiento adaptativas frente a la exposición a trauma (Litam et al., 2021; Melaki y Stavrou, 2023).

En contraste, la frecuente mención a la sobrecarga, la falta de supervisión y los conflictos institucionales sugiere que la institución se percibe a menudo más como fuente de tensión que como espacio de contención. Esta percepción se alinea con investigaciones empíricas que vinculan estrechamente el ETS con condiciones laborales adversas (Knight, 2018). Ante esta vulnerabilidad sistémica, los/as profesionales describen el apoyo informal entre compañeros/as como su principal —y en muchos casos, única— estrategia de afrontamiento colectivo. Si bien la evidencia respalda el papel protector del apoyo social percibido, el compañerismo y un clima laboral positivo en el ámbito público (Brier et al., 2026; Diehm et al., 2019; Lakioti et al., 2020), depender de manera exclusiva de la solidaridad del equipo revela una profunda carencia estructural derivada de la falta de tiempo, la alta carga asistencial y la ausencia de espacios formales de supervisión.

Históricamente, la prevención del desgaste profesional en el ámbito clínico se ha delegado a la esfera individual, presuponiendo que el/la terapeuta debe desarrollar de forma autónoma la resiliencia necesaria para lidiar con la carga traumática. Sin embargo, la evidencia demuestra que es la propia cultura organizacional la que determina en última instancia el desarrollo de *burnout*, el ETS o, por el contrario, la satisfacción por compasión (Handran,

2015). Delegar esta responsabilidad exclusivamente en el individuo resulta una medida insuficiente. Cuando las organizaciones no abordan el trauma con una lente sistémica, corren el riesgo de consolidar "culturas inseguras", marcadas por el estrés crónico y el aislamiento profesional (Berring et al., 2024). Por consiguiente, resulta imperativo que las instituciones sanitarias provean espacios formales de contención emocional y reconozcan tanto el daño moral como el desgaste vicario como contingencias laborales inherentes que exigen un abordaje estructural (Greenberg et al., 2020).

En este contexto, emerge la necesidad clínica y organizativa de transitar hacia modelos de "heterocuidado" o cuidado colectivo. Como argumentan Elisseou et al. (2024), este tránsito representa un cambio de paradigma vital, indispensable para guiar a las organizaciones de la salud desde el desgaste profesional hacia una verdadera resiliencia informada por el trauma. El cuidado colectivo implica reconocer que el procesamiento del TV requiere un andamiaje relacional que debe ser provisto y sostenido por la propia institución. Fomentar la resiliencia en contextos de alta exposición traumática no debe conceptualizarse como un rasgo de supervivencia individual, sino como un proceso continuo de construcción psicosocial, comunitaria y colectiva (Miller, 2012; Norris y Stevens, 2007).

Implicarse en este cuidado colectivo requiere la implementación de políticas estructurales que garanticen ratios de atención asumibles, tiempos de desconexión efectivos y un liderazgo que valide explícitamente el impacto emocional del trabajo clínico. En esta línea, adoptar un enfoque TIC a nivel organizacional (Berring et al., 2024) es una herramienta clave para prevenir el estrés crónico en los equipos y fomentar entornos de trabajo seguros. Bloom (2025), también respalda la idea del abordaje sistémico, promoviendo un entorno clínico donde la vulnerabilidad compartida se transforma en un factor de cohesión, aprendizaje vicario y retención del talento profesional. No obstante, la literatura también advierte que el éxito de

estos modelos requiere un fuerte compromiso desde la gestión y la provisión de recursos adecuados (Saunders et al., 2023).

Por último, aunque la categoría relativa a aprendizajes constructivos y satisfacción de la práctica clínica tuvo un menor peso relativo en los grupos focales, su presencia en los tres permite matizar una visión exclusivamente negativa del trabajo con trauma. En nuestros resultados, los/as participantes describen cambios personales —una mayor valoración de la vida cotidiana, esperanza y admiración por la capacidad de afrontamiento de los pacientes—, hallazgos coherentes con revisiones recientes que muestran que la exposición profesional continuada al trauma puede asociarse no solo a desgaste, sino también a transformaciones positivas en la forma de verse a sí mismos/as, de comprender a los demás y de otorgar sentido al trabajo clínico (Manning-Jones et al., 2015; Edelkott et al., 2016; Killian et al., 2017). A este respecto, Tsirimokou et al. (2023) identifican entre estos efectos una mayor apreciación de la vida, cambios en prioridades y valores, y crecimiento personal y profesional, mientras que AlOtaibi (2024) subraya que este tipo de transformación puede expresarse en forma de esperanza, mayor conciencia de recursos, bienestar, adaptación y redefinición de metas vitales.

Además, la bibliografía reciente sugiere que estos efectos positivos no sustituyen al malestar, sino que pueden coexistir con él. En una muestra internacional de terapeutas, Cleary et al. (2024) encontraron que la mayor satisfacción con el trabajo de ayuda y una mayor dedicación al trabajo centrado en trauma se asociaban con una mayor probabilidad de experimentar cambios positivos, incluso cuando coexistían niveles elevados de ETS. Desde esta perspectiva, el hecho de que en nuestros grupos la satisfacción profesional aparezca menos espontáneamente que el malestar no implica ausencia de efectos positivos, sino que estos parecen emerger de forma más reflexiva y elaborada. Meza (2024) subraya que estos procesos positivos no surgen de forma automática, sino que se ven facilitados por el apoyo social, las

estrategias de afrontamiento adaptativas, la supervisión y la posibilidad de reflexionar e integrar estas experiencias de manera significativa.

5. Limitaciones, fortalezas y retos futuros

5.1. Limitaciones, fortalezas y retos futuros de la fase cuantitativa

A nivel metodológico, el estudio presenta varias limitaciones que conviene desarrollar. La primera es el diseño transversal, que no permite esclarecer el orden temporal de las relaciones observadas. La segunda es el uso exclusivo de autoinformes, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social y recuerdo, así como incrementar la covariación entre variables por el hecho de haber sido evaluadas mediante un mismo procedimiento. La tercera limitación es la utilización de un muestreo no probabilístico por bola de nieve, que restringe la representatividad de la muestra y hace posible cierto sesgo de autoselección, dado que podrían haber participado con mayor probabilidad profesionales más sensibilizados o interesados en reflexionar sobre la influencia de la práctica clínica en su vida personal. La cuarta es la desigualdad entre tamaños de subgrupos, especialmente en PSQ, lo que reduce potencia estadística y puede volver inestables algunos hallazgos comparativos. La quinta es que varias variables personales relevantes —extraversión, responsabilidad, vitalidad y propósito vital— fueron evaluadas mediante indicadores de autovaloración ordinal, no mediante instrumentos psicométricos amplios, por lo que sus efectos deben interpretarse como aproximaciones exploratorias. Finalmente, debe añadirse una limitación conceptual relevante: aunque el marco teórico se articula en torno al TV, la medida principal empleada en la fase cuantitativa evalúa específicamente ETS. Por ello, el alcance de las conclusiones debe ajustarse estrictamente a este último constructo.

Pese a estas limitaciones, el estudio presenta fortalezas relevantes. El tamaño muestral global fue adecuado para los análisis realizados, la inclusión conjunta de profesionales de PC y PSQ amplía el interés del trabajo, y la consideración simultánea de variables de vulnerabilidad y de protección aporta una visión más rica que la de estudios puramente descriptivos.

Finalmente, la articulación entre una fase cuantitativa y otra cualitativa dota al proyecto de una amplitud analítica especialmente valiosa, aunque aquí solo se haya discutido la primera.

Desde un punto de vista aplicado, los resultados tienen implicaciones relevantes para la práctica clínica. En primer lugar, sugieren que el impacto del trabajo con trauma en los profesionales no debería atenderse únicamente cuando alcanza formas graves o agudas, sino también cuando se manifiesta de manera más sutil, moderada y mantenida en el tiempo. En segundo lugar, apuntan a que la prevención del desgaste profesional requiere una mirada más amplia que la mera formación técnica en trauma, incorporando la consideración de factores como la evitación, la resonancia con experiencias traumáticas personales previas y la disminución de recursos personales que ayudan a sostener el bienestar, como la vitalidad y el propósito vital. En este sentido, los resultados sugieren que atender al bienestar de los profesionales no constituye únicamente una cuestión individual, sino también un aspecto relevante para el mantenimiento de una práctica asistencial de calidad.

Finalmente, los resultados abren varias líneas futuras de investigación. Sería especialmente valioso desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la secuencia temporal entre ETS y CV; diferenciar con mayor nitidez entre TV, ETS y crecimiento vicario a la hora de medir las variables; y emplear instrumentos más robustos para evaluar los recursos personales aquí observados de forma preliminar. También resultaría relevante profundizar en por qué la evitación emerge como el componente más estrechamente vinculado al malestar y a la CV, y en si dicha dimensión podría ocupar un lugar central en la comprensión del impacto clínico del trabajo con trauma.

5.2. Limitaciones, fortalezas y retos futuros de la fase cualitativa

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados. No obstante, se han implementado diversas estrategias metodológicas con el fin de reforzar la calidad y el rigor del proceso investigador.

En primer lugar, el tamaño de la muestra (26 participantes) limita la transferibilidad de los hallazgos a otros contextos. Sin embargo, desde el enfoque cualitativo, se ha priorizado la profundidad de análisis, alcanzándose un nivel adecuado de saturación teórica, en tanto que la información obtenida en los tres grupos focales no aportaba nuevos elementos sustanciales a las categorías emergentes. Asimismo, la inclusión de profesionales adjuntos y residentes ha permitido incorporar diversidad de perspectivas en función del grado de experiencia profesional.

En segundo lugar, la utilización de grupos focales como técnica de recogida de datos puede introducir sesgos asociados a la interacción grupal. Con el objetivo de mitigar estos efectos, se ha promovido un entorno de confianza y respeto, garantizando la confidencialidad de las intervenciones y favoreciendo la participación equitativa. Además, la realización de tres grupos focales ha permitido llevar a cabo una forma de triangulación de datos, al contrastar discursos y experiencias entre distintos grupos.

Por otra parte, la naturaleza contextual del estudio puede condicionar la transferibilidad de los resultados. Para abordar esta limitación, se ha realizado una descripción densa del contexto, de las características de los participantes y de las condiciones en las que se desarrolla la investigación, facilitando así la valoración de su aplicabilidad a contextos similares.

En relación con el análisis de los datos, el uso del análisis temático conlleva un componente interpretativo susceptible de sesgo por parte del equipo investigador. Con el fin de garantizar la credibilidad y consistencia del análisis, se han seguido procedimientos

sistemáticos de codificación y categorización, manteniendo la coherencia interna de las categorías emergentes. Del mismo modo, se ha procurado asegurar la trazabilidad del proceso analítico mediante la documentación de las decisiones metodológicas adoptadas.

Finalmente, la limitada replicabilidad inherente a los estudios cualitativos se ha abordado mediante una descripción detallada del diseño metodológico y del procedimiento seguido. Adicionalmente, se han incorporado estrategias de validación, como la revisión crítica del análisis y la posibilidad de contraste con los participantes (*member checking*), con el objetivo de reforzar la credibilidad de los resultados.

Entre las fortalezas del estudio destaca, en primer lugar, la inclusión de profesionales de PC y PSQ pertenecientes a distintos dispositivos asistenciales y momentos de trayectoria profesional, lo que ha permitido recoger una pluralidad de perspectivas sobre el impacto del trabajo con trauma. Además, el uso de grupos focales favoreció la emergencia de experiencias compartidas, matices y contrastes entre participantes, enriqueciendo la comprensión del fenómeno.

Otra fortaleza relevante reside en la codificación sistemática y en la construcción de un sistema temático común para los tres grupos, lo que permitió comparar patrones de convergencia y divergencia entre ellos. Del mismo modo, el análisis no se limitó a los efectos negativos del trabajo con trauma, sino que incorporó también dimensiones relacionales, contextuales y constructivas, ofreciendo una visión más compleja e integradora de la experiencia profesional. Finalmente, la utilización de software específico de análisis cualitativo y la elaboración de mapas conceptuales contribuyeron a reforzar la trazabilidad, organización y profundidad interpretativa del análisis.

De cara a futuras investigaciones, sería pertinente ampliar la muestra a otros servicios, comunidades autónomas y contextos asistenciales, con el fin de explorar la transferibilidad de

los hallazgos y comparar cómo se configura este fenómeno en distintos marcos organizativos. Asimismo, resultaría de interés desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución del impacto del trabajo con trauma a lo largo del tiempo y en diferentes momentos de la trayectoria profesional.

Otra línea relevante sería profundizar específicamente en el papel modulador de variables organizacionales como la supervisión, la carga asistencial, la cultura de equipo o el apoyo institucional. Igualmente, sería valioso incorporar diseños mixtos o triangulación metodológica que integren entrevistas individuales, observaciones o medidas cuantitativas para enriquecer la comprensión del fenómeno.

Por último, un reto especialmente importante consiste en trasladar estos resultados al diseño de intervenciones concretas orientadas a la prevención del desgaste vicario, la promoción del cuidado profesional y la creación de entornos asistenciales más sensibles al impacto del trabajo con trauma.

6. Conclusiones

El presente estudio pone de manifiesto que el impacto del trabajo clínico con trauma en profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría constituye un fenómeno complejo y clínicamente relevante, que no puede entenderse únicamente en términos de desgaste emocional. En conjunto, los hallazgos muestran que la exposición continuada al sufrimiento ajeno se asocia a un mayor malestar y a una peor calidad de vida, al tiempo que atraviesa dimensiones emocionales, cognitivas, corporales, relacionales y organizacionales de la experiencia profesional.

Los resultados sugieren que el estrés traumático secundario mantiene una relación estrecha con la calidad de vida, siendo la evitación la dimensión más claramente vinculada a su deterioro. Asimismo, los profesionales de Psiquiatría y aquellos con experiencia traumática personal previa presentaron mayores niveles de estrés traumático secundario, observándose además en este último grupo una menor calidad de vida. Por el contrario, variables personales como la vitalidad y el propósito vital se asociaron con un mejor bienestar y con menores niveles de estrés traumático secundario, mientras que la edad, la experiencia profesional y la formación específica en trauma no mostraron una relación significativa con las variables principales del estudio. Estos datos apuntan a la relevancia tanto de los factores de vulnerabilidad como de los recursos personales en la experiencia del trabajo con trauma.

A su vez, el estudio muestra que determinadas narrativas generan un impacto especialmente intenso, sobre todo las relacionadas con el trauma interpersonal grave y con las situaciones de amenaza vital. Sin embargo, dicho impacto no depende únicamente del contenido traumático, sino también de factores estructurales, organizacionales y personales que modulan la forma en que los profesionales lo experimentan y elaboran. En este sentido, el trabajo con trauma no queda restringido al espacio terapéutico, sino que puede repercutir en la

vida cotidiana, en la disponibilidad emocional fuera de la consulta, en los vínculos y en la manera de interpretar el mundo y a los demás.

Por otra parte, los hallazgos ponen de relieve que el afrontamiento de este impacto no puede descansar exclusivamente en recursos individuales. Aunque estrategias como la delimitación de espacios, la actividad física, el ocio, la terapia personal o la supervisión resultan relevantes, el apoyo entre compañeros/as y la existencia de condiciones organizacionales protectoras aparecen como elementos fundamentales para sostener la práctica clínica y prevenir el desgaste. Esto refuerza la necesidad de entender el cuidado de los profesionales como una responsabilidad no solo individual, sino también institucional.

Finalmente, el estudio permite matizar una visión exclusivamente negativa del trabajo con trauma. Junto al malestar, emergen también procesos de aprendizaje, resignificación y transformación personal y profesional, así como admiración por la capacidad de afrontamiento de los pacientes. De este modo, el trabajo clínico con trauma aparece como una experiencia en la que pueden coexistir coste emocional, adaptación y cambios constructivos.

En conjunto, este trabajo subraya la importancia de seguir profundizando en la comprensión del trauma vicario y de promover entornos asistenciales más sensibles al impacto del trabajo con trauma, que favorezcan no solo la prevención del desgaste profesional, sino también la sostenibilidad y calidad del cuidado clínico.

7. Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo, la generosidad y el compromiso de muchas personas. Queremos agradecer a nuestras tutoras metodológicas María Eugenia de la Viuda Suárez y Lucía del Fresno Marqués por su acompañamiento y supervisión técnica durante la realización de este estudio.

También, a nuestras tutoras y tutor de residencia Patricia Guerra Mora, Verónica Concha González e Iván Torres Viejo por haber sido apoyo, sostén e inspiración a lo largo de todo el proceso.

A la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Asturias y a todas las personas que nos han acompañado estos cuatro años de formación sanitaria especializada, por todos los aprendizajes y momentos compartidos.

Queremos expresar nuestra más profunda gratitud a todas las personas que participaron en este estudio de forma desinteresada, por regalarnos su tiempo. Y muy especialmente a quienes formaron parte de los grupos focales, por su valentía al poner en palabras sus vivencias más íntimas; este trabajo existe por y para vosotros y vosotras.

No podemos olvidarnos de nuestras familias, parejas y amistades. Gracias por haber sido nuestro sostén emocional durante estos cuatro años, por disculpar nuestras ausencias, por escuchar nuestras preocupaciones y por estar siempre ahí, con los brazos abiertos, para celebrar cada pequeño paso de este proceso.

Ningún conocimiento ni ningún cuidado se teje en soledad. Este trabajo es el resultado de entrelazar la experiencia de quienes nos guiaron, el apoyo de quienes nos sostuvieron y las vivencias de quienes nos prestaron su voz. Cerramos esta etapa sabiendo que, si hoy nuestra mirada es más amplia y vemos un poco más lejos, es porque nos hemos apoyado a hombros de gigantes.

8. Referencias

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Luo, X., Prout, T. A., y Hoffman, L. (2022). Therapists' resilience and posttraumatic growth during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14, S165-S173.
<https://doi.org/10.1037/tra0001097>
- AlOtaibi, N. G. (2024). A concept analysis of vicarious resilience in mental health nursing. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(4), 485–494.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.08.004>
- Amari, N., y Mahoney, A. (2021). Working relationally with adolescents who have experienced complex interpersonal trauma: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(1), 75–87.
<https://doi.org/10.1007/s40653-021-00349-x>
- Aparicio, E., Michalopoulos, L. M., y Unick, G. J. (2013). An examination of the psychometric properties of the vicarious trauma scale in a sample of licensed social workers. *Health & Social Work*, 38(4), 199-206. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlt017>
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., y Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239-263.
<https://doi.org/10.1177/0022167805274729>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.^a ed.). Masson.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., y McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307-311.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>

- Baird, K., y Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.
<https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Barrington, A. J., y Shakespeare-Finch, J. (2014). Giving voice to service providers who work with survivors of torture and trauma. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1686-1699.
<https://doi.org/10.1177/1049732314549023>
- Baum, N. (2016). Secondary traumatization in mental health professionals: A systematic review of gender findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 221–235.
<https://doi.org/10.1177/1524838015584357>
- Baum, N., Rahav, G., y Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 111–122. <https://doi.org/10.1037/h0099383>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., . . . Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bercier, M. L. (2013). Interventions that help the helpers: A systematic review and meta-analysis of interventions targeting compassion fatigue, secondary traumatic stress and vicarious traumatization in mental health workers [Tesis doctoral, Loyola University Chicago].
- Bercier, M. L., y Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81-89. <https://doi.org/10.1177/104973151513517142>

- Berring, L. L., Holm, T., Hansen, J. P., Delcomyn, C. L., Søndergaard, R., y Hvidhjelm, J. (2024). Implementing trauma-informed care—settings, definitions, interventions, measures, and implementation across settings: A scoping review. *Healthcare*, *12*(9), Artículo 908. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090908>
- Bloom, S. L. (2025). Creating PRESENCE: A trauma-informed framework for restoring balance in public health systems. *Journal of Public Health Issues and Practices*, *9*(2), 249. <https://doi.org/10.33790/jphip1100249>
- Bock, C., Heitland, I., Zimmermann, T., Winter, L., y Kahl, K. G. (2020). Secondary traumatic stress, mental state, and work ability in nurses—Results of a psychological risk assessment at a university hospital. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 298. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00298>
- Botan, V., Bowling, N. C., Banissy, M. J., Critchley, H., y Ward, J. (2018). Individual differences in vicarious pain perception linked to heightened socially elicited emotional states. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2355. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02355>
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, *25*(1), 2. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Branson, D. C., Weigand, D. A., y Keller, J. E. (2014). Vicarious trauma and decreased sexual desire: A hidden hazard of helping others. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(4), 398. <https://doi.org/10.1037/a0033113>
- Brier, S. A., Nadel, A. L., Stone, C., y Schwartz, R. M. (2026). Repeated exposure to trauma narratives and professional quality of life in palliative and end-of-life healthcare providers. *Palliative & Supportive Care*, *24*, e76. <https://doi.org/10.1017/S1478951526101783>

- Bustos Coral, Á. (2018). *Efectos de la práctica clínica en la vida personal de los terapeutas* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia].
- Calegari, J. G., Russo, S., Luciani, M., Strepparava, M. G., Di Mauro, S., y Ausili, D. (2022). Association between coping strategies and professional quality of life in nurses and physicians during COVID-19: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management, 30*(8), 4054–4063. <https://doi.org/10.1111/jonm.13845>
- Campbell, S. B., y Renshaw, K. D. (2018). Posttraumatic stress disorder and relationship functioning: A comprehensive review and organizational framework. *Clinical Psychology Review, 65*, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.003>
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work, 75*(2), 81-101. https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06
- Casingcasing, M. L., Winship, G., Segarra, N., Beach, S., y Rennick-Egglestone, S. (2025). How is trauma-informed care conceptualised in UK mental health services? Systematic scoping review protocol. *NIHR Open Research, 5*, 47. <https://doi.org/10.3310/nihropenres.13945.1>
- Chang, V., Scott, S., y Decker, C. (2013). *Developing helping skills: A step-by-step approach* (2.^a ed.). Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L., y Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: Prevalence and its work-and exposure-related correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 917-925. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>
- Civljak, M., Stivic, I., y Puljak, L. (2024). Secondary traumatic stress in working nurses studying part time in a bachelor or master's nursing program in Croatia: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 23*(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01691-1>

- Cleary, E., Curran, D., Dyer, K., Simms, J., y Hanna, D. (2024). Contributing factors to secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in therapists. *Journal of Traumatic Stress*, 37(1), 103–112. <https://doi.org/10.1002/jts.22995>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., y Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, K., y Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570.
- Craig, C. D., y Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Darves-Bornoz J.M., Alonso J., de Girolamo G., de Graaf R., Haro J.M., Kovess-Masfety V., Lepine J.P., Nachbaur G., Negre-Pages L., Vilagut G., Gasquet I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), 455-462. <https://doi.org/10.1002/jts.20357>
- Delafontaine, A.-C., Anders, R., Mathieu, B., Rolli Salathé, C., y Putois, B. (2024). Impact of confrontation to patient suffering and death on wellbeing and burnout in professionals: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 23, 74. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01393-8>
- Diehm, R. M., Mankowitz, N. N., y King, R. M. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology*, 25(3), 196–202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>

- Ditlevsen, D. N., y Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: a re-analysis of 18 Nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry, 11*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-26>
- Edelkott, N., Engstrom, D. W., Hernandez-Wolfe, P., y Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience: Complexities and variations. *American Journal of Orthopsychiatry, 86*(6), 713–724. <https://doi.org/10.1037/ort0000180>
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- El Husseini, M., Skandrani, S., Tarazi Sahab, L., Dozio, E., y Moro, M. R. (2016). Countertransference in trauma clinic: A transitional breach in the therapists' identity. En *InTech*. <https://doi.org/10.5772/64842>
- Elisseou, S., Shamaskin-Garroway, A., Kopstick, A. J., Potter, J., Weil, A., Gundacker, C., y Moreland-Capua, A. (2024). Leading organizations from burnout to trauma-informed resilience: A vital paradigm shift. *The Permanente Journal, 28*(1), 198. <https://doi.org/10.7812/TPP/23.110>
- Fernández, S., Guiote, J. M., y Miró, E. (2024). Revisión de los factores protectores y predisponentes en la traumatización vicaria de los psicoterapeutas. *Papeles del Psicólogo, 45*(2), 65-72. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3034>
- Ferracioli, N. G. M., Rodrigues, E. C. G., y dos Santos, M. A. (2023). Bittersweet transformative experiences in professionals working with suicidal patients: A meta-synthesis. *Brazilian Journal of Psychiatry, 45*(1), 62–70. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2617>

- Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., y Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work, 40*(2), e25-e31. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026>
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foreman, T. (2018). Wellness, exposure to trauma, and vicarious traumatization: A pilot study. *Journal of Mental Health Counseling, 40*(2), 142-155. <https://doi.org/10.17744/mehc.40.2.04>
- Granek, L., Nakash, O., Cohen, M., Ben-David, M., y Ariad, S. (2017). Oncologists' communication about end of life: The relationship among secondary traumatic stress, compassion satisfaction, and approach and avoidance communication. *Psycho-Oncology, 26*(11), 1980–1986. <https://doi.org/10.1002/pon.4289>
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., y Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological Services, 11*(1), 41–49. <https://doi.org/10.1037/a0035299>
- Guerra, C., y Saiz Vidallet, J. L. (2007). Examen psicométrico de la Escala de Estrés Traumático Secundario: Un estudio en profesionales chilenos. *Behavioral Psychology, 15*(3), 441–456.
- Guitar, N. A., y Molinaro, M. L. (2017). Vicarious trauma and secondary traumatic stress in health care professionals. *University of Western Ontario Medical Journal, 86*(2), 42-43. <https://doi.org/10.5206/uwomj.v86i2.2021>
- Haim-Nachum, S., Lazarov, A., Markowitz, J. C., Levi-Belz, Y., Lurie, I., Wainberg, M. L., Mendlovic, S., Neria, Y., & Amsalem, D. (2025). War-related stressors and mental health: The longitudinal mediating role of betrayal-related moral injury among

- civilians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
<https://doi.org/10.1037/tra0002072>
- Halevi, E., e Idisis, Y. (2018). Who helps the helper? Differentiation of self as an indicator for resisting vicarious traumatization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 698-705. <https://doi.org/10.1037/tra0000318>
- Handran, J. (2015). Trauma-informed systems of care: The role of organizational culture in the development of burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction. *Journal of Social Welfare and Human Rights*, 3(2), 1–22.
<https://doi.org/10.15640/jswhr.v3n2a1>
- Hauser, M. P., García, H. D., y Leporatti, J. (2020). Análisis de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida, Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) en trabajadores de salud pública. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(3), Artículo e1154. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i3.1154>
- Henderson, A., Jewell, T., Huang, X., y Simpson, A. (2025). Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(1), 13–30.
<https://doi.org/10.1111/jpm.13082>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., y Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83–91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., y Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153-172. <https://doi.org/10.1177/0022167814534322>

- Hogg B., Gardoki-Souto I., Valiente-Gómez A., Rosa A.R., Fortea L., Radua J., Amann B.L., Moreno-Alcázar A. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(2), 397-410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
- Hou, J., y Skovholt, T. M. (2020). Characteristics of highly resilient therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 67(3), 386-400. <https://doi.org/10.1037/cou0000401>
- Iqbal, A. (2015). The ethical considerations of counselling psychologists working with trauma: Is there a risk of vicarious traumatisation? *Counselling Psychology Review*, 30(1).
- Kelly, M. M., DeBeer, B. B., Meyer, E. C., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., y Morissette, S. B. (2019). Experiential avoidance as a mediator of the association between posttraumatic stress disorder symptoms and social support: A longitudinal analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 353–359. <https://doi.org/10.1037/tra0000375>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl. 5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., y Gangsei, D. (2017). Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 23–31. <https://doi.org/10.1037/tra0000199>

- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., y Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kline, P. (2015). *A handbook of test construction (Psychology Revivals): Introduction to psychometric design*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315695990>
- Knight, C. (2018). Trauma-informed supervision: Historical antecedents, current practice, and future directions. *The Clinical Supervisor, 37*(1), 7–37. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1413607>
- Kotera, Y., Maxwell-Jones, R., Edwards, A.-M., y Knutton, N. (2021). Burnout in professional psychotherapists: Relationships with self-compassion, work–life balance, and telepressure. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(10), Artículo 5308. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105308>
- Kounenou, K., Kalamatianos, A., Nikoitsiou, P., y Kourmousi, N. (2023). The interplay among empathy, vicarious trauma, and burnout in greek mental health practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 3503. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043503>
- Lakioti, A., Stalikas, A., y Pezirkianidis, C. (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professional Psychology: Research and Practice, 51*(6), 560-570. <https://doi.org/10.1037/pro0000306>
- Lee, H. J., Lee, M., y Jang, S. J. (2021). Compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout among nurses working in trauma centers: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(14), 7228. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147228>

- Leung, T., Schmidt, F., y Mushquash, C. (2023). A personal history of trauma and experience of secondary traumatic stress, vicarious trauma, and burnout in mental health workers: A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl. 2), S213-S221. <https://doi.org/10.1037/tra0001277>
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Litam, S. D. A., Ausloos, C. D., y Harrichand, J. J. S. (2021). Stress and resilience among professional counselors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Counseling & Development*, 99(4), 384–395. <https://doi.org/10.1002/jcad.12391>
- Liu, H., Petukhova, M. V., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., de Girolamo, G., Haro, J. M., Hinkov, H., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2017). Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 270-281. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>
- Lobo, R., Kumar, S. P., y Tm, R. (2024). Professional quality of life among mental health nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 2005–2025. <https://doi.org/10.1111/inm.13424>
- Makadia, R., Sabin-Farrell, R., y Turpin, G. (2017). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: Secondary traumatic stress or vicarious traumatization? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1059-1068. <https://doi.org/10.1002/cpp.2068>
- Manning-Jones, S., de Terte, I., y Stephens, C. (2015). Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*, 5(2), 125–139. <https://doi.org/10.5502/ijw.v5i2.8>

- Martin-Cuellar, A., Lardier, D. T., Atencio, D. J., Kelly, R. J., y Montañez, M. (2019). Vitality as a moderator of clinician history of trauma and compassion fatigue. *Contemporary Family Therapy, 41*, 408-419. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09508-7>
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry, 15*(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mauritz, M. W., Goossens, P. J., Draijer, N., y Van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), 19985. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19985>
- May, C. L., Wisco, B. E., Fox, V. A., Marx, B. P., y Keane, T. M. (2022). Posttraumatic stress disorder-related anhedonia as a predictor of psychosocial functional impairment among United States veterans. *Journal of Traumatic Stress, 35*(5), 1334–1342. <https://doi.org/10.1002/jts.22832>
- McCann, I. L., y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149. <https://doi.org/10.1002/jts.2490030110>
- McNeillie, N., y Rose, J. (2020). Vicarious trauma in therapists: A meta-ethnographic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 49*(4), 426–440. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000776>
- Melaki, E., y Stavrou, P.-D. (2023). Re-exploring the vicarious posttraumatic growth and trauma: A comparison study between private therapists and therapists in nonprofit organizations treating trauma survivors. *Traumatology, 29*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1037/trm0000378>

- Meza T., I. A. (2024). La experiencia de terapeutas al trabajar con víctimas de trauma y su relación con el crecimiento postraumático [Tesis de maestría, Universidad de Chile].
- Miller, J. L. (2012). Psychosocial capacity building in response to disasters. Columbia University Press.
- Mishori, R., Mujawar, I., y Ravi, N. (2014). Self-reported vicarious trauma in asylum evaluators: A preliminary survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1232-1237. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9958-6>
- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., y Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Munishvaran, K., y Booyesen, D. D. (2022). The experiences of clinical psychologists in treating traumatic stress at a tertiary psychiatric hospital in the Eastern Cape: A qualitative study. *South African Journal of Psychiatry*, 28, Artículo 1868. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v28i0.1868>
- Norris, F. H., y Stevens, S. P. (2007). Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 320–328. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.320>
- O'Connor, K., Muller Neff, D., y Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G., y Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 172-183. <https://doi.org/10.1017/S204579601400018X>

- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(4), 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>
- Olf, M., Hein, I., Amstadter, A. B., Armour, C., Skogbrott Birkeland, M., Bui, E., Cloitre, M., Ehlers, A., Ford, J. D., Greene, T., Hansen, M., Harnett, N. G., Kaminer, D., Lewis, C., Minelli, A., Niles, B., Nugent, N. R., Roberts, N., Price, M., ... Vujanovic, A. A. (2025). The impact of trauma and how to intervene: a narrative review of psychotraumatology over the past 15 years. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2458406. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458406>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10.^a rev.). Organización Mundial de la Salud
- Ormel J., Petukhova M., Chatterji S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M.C., Bromet E.J., Burger H., Demyttenaere K., de Girolamo G., Haro J.M., Hwang I., Karam E., Kawakami N., Lépine J.P., Medina-Mora M.E., Posada-Villa J., Sampson N., Scott K., ... Kessler R.C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368-375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Padmanabhanunni, A., y Gqomfa, N. (2022). “The ugliness of it seeps into me”: Experiences of vicarious trauma among female psychologists treating survivors of sexual assault. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), Artículo 3925. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073925>
- Pearlman, L. A., y Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>

- Pearlman, L. A., y Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. Norton.
- Pina, D., Llor-Zaragoza, P., Puente-López, E., Egea-Fuentes, Á., Ruiz-Hernández, J. A., y Llor-Esteban, B. (2022). User violence in public mental health services. Comparative analysis of psychiatrists and clinical psychologists. *Journal of Mental Health*, 31(5), 642–648. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1793130>
- Possick, C., Waisbrod, N., y Buchbinder, E. (2015). The dialectic of chaos and control in the experience of therapists who work with sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(7), 816-836. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1057667>
- Quitangon, G. (2019). Vicarious trauma in clinicians: Fostering resilience and preventing burnout. *Psychiatric Times*, 36(7).
- Răbu, M., Moltu, C., Binder, P.-E., y McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737–749. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1065354>
- Rothschild, B., y Rand, M. L. (2006). Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. W. W. Norton & Company.
- Ruisoto, P., Ramírez, M. R., García, P. A., Paladines-Costa, B., Vaca, S. L., y Clemente-Suárez, V. J. (2021). Social support mediates the effect of burnout on health in health care professionals. *Frontiers in Psychology*, 11, Artículo 623587. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.623587>
- Samios, C., Rodzik, A. K., y Abel, L. M. (2012). Secondary traumatic stress and adjustment in therapists who work with sexual violence survivors: The moderating role of posttraumatic growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(4), 341-356. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.691463>

- Sandoval-Reyes, J., Restrepo-Castro, J. C., y Duque-Oliva, J. (2021). Work intensification and psychological detachment: The mediating role of job resources in health service workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), Artículo 12228. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212228>
- Saunders, K. R. K., McGuinness, E., Barnett, P., Foye, U., Sears, J., Carlisle, S., Allman, F., Tzouvaras, V., Schlieff, M., San Juan, N. V., Stuart, R., Griffiths, J., Appleton, R., McCrone, P., Olive, R. R., Nyikavaranda, P., Jeynes, T., Mitchell, L., y Trevillion, K. (2023). A scoping review of trauma informed approaches in acute, crisis, emergency, and residential mental health care. *BMC Psychiatry*, 23(1), Artículo 567. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05016-z>
- Scrivener, J., Orme, J., y Richardson, D. (2019). A pilot study of vicarious trauma in sexual health clinicians. *International Journal of STD & AIDS*, 30(12), 1216-1217. <https://doi.org/10.1177/0956462419868615>
- Serrano-Rodríguez, E., Luque-Ribelles, V., y Hervías-Parejo, V. (2025). Psychosocial consequences of sexual assault on women: A scoping review. *Archives of Sexual Behavior*, 54(1), 231–258. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-03013-1>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., y Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Singer, J., Cummings, C., Moody, S. A., y Benuto, L. T. (2020). Reducing burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress through investigating purpose in life in social workers. *Journal of Social Work*, 20(5), 620–638. <https://doi.org/10.1177/1468017319853057>

- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., y Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21869.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Sowder, K. L., Knight, L. A., y Fishalow, J. (2018). Trauma exposure and health: A review of outcomes and pathways. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(10), 1041-1059. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1422841>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. (SMA) 14-4884). Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sutton, L., Rowe, S., Hammerton, G., y Billings, J. (2022). The contribution of organisational factors to vicarious trauma in mental health professionals: A systematic review and narrative synthesis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2022278.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2022278>
- Tsirimokou, A., Kloess, J. A., y Dhinse, S. K. (2023). Vicarious post-traumatic growth in professionals exposed to traumatogenic material: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1848–1866.
<https://doi.org/10.1177/15248380221082079>
- Ullman, S. E. (2023). *Talking about sexual assault: Society's response to survivors*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000360-000>
- Uziel, N., Meyerson, J., Giryes, R., y Eli, I. (2019). Empathy in dental care—the role of vicarious trauma. *International Dental Journal*, 69(5), 348-353.
<https://doi.org/10.1111/idj.12487>
- Velasco, J., Sanmartín, F. J., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., y Moriana, J. A. (2023). Psychological effects of professional exposure to trauma and human suffering:

- Systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1656–1676.
<https://doi.org/10.1177/15248380221074314>
- Velasco, J., Sanmartin, F. J., Galvez-Lara, M., Cuadrado, F., y Moriana, J. A. (2023). Psychological effects of professional exposure to trauma and human suffering: Systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1656–1676.
<https://doi.org/10.1177/15248380211075908>
- Visser, I., van der Mheen, M., Dorsman, H., Knipschild, R., Staaks, J., Hein, I., van Dongen, N., Staal, W., Assink, M., y Lindauer, R. J. L. (2025). Post-traumatic stress disorder rates in trauma-exposed children and adolescents: Updated three-level meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. Publicación anticipada en línea.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2025.30>
- von der Warth, R., Dams, J., Grochtdreis, T., y König, H. H. (2020). Economic evaluations and cost analyses in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 175394.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1753940>
- Vukčević Marković, M., y Živanović, M. (2022). Coping with secondary traumatic stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12881.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191912881>
- Wang, X., y Park-Taylor, J. (2021). Therapists' experiences of counseling foreign-national sex-trafficking survivors in the U.S. and the impact of COVID-19. *Traumatology: An International Journal*, 27(4), 419-431. <https://doi.org/10.1037/trm0000349>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., y Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 785-796.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>

Wozencroft, A. J., Scott, J. L., y Waller, S. N. (2019). Professional quality of life in recreational therapists. *Therapeutic Recreation Journal*, 53(1), 22-36.

<https://doi.org/10.18666/TRJ-2019-V53-I1-9098>

Xu, Z., Zhao, B., Zhang, Z., Wang, X., Jiang, Y., Zhang, M., y Li, P. (2024). Prevalence and associated factors of secondary traumatic stress in emergency nurses: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2321761.

<https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2321761>

9. Anexos

Anexo A. Documentos

- A1. Hoja de información para participantes del cuestionario (fase cuantitativa)
- A2. Consentimiento informado fase cuantitativa
- A3. Aprobación del comité de ética de la fase cuantitativa
- A4. Cuestionario ad hoc de información sociodemográfica, profesional y personal
- A5. Cuestionario Q-LES-Q-SF
- A6. Cuestionario STSS
- A7. Hoja de información para participantes de los grupos focales
- A8. Consentimiento informado fase cualitativa
- A9. Aprobación del comité de ética de la fase cualitativa
- A10. Entrevista semi-estructurada ad hoc de los grupos focales

Anexo B. Tablas

- Tabla B1.** Características sociodemográficas según la categoría profesional de la muestra cuantitativa
- Tabla B2.** Características sociodemográficas y profesionales de la muestra cualitativa
- Tabla B3.** Descripción de la muestra según niveles de calidad de vida en la Q-LES-Q-SF
- Tabla B4.** Descriptivos del nivel de gravedad en la escala STSS en función del sexo
- Tabla B5.** Diferencias según el sexo en los niveles de STSS y Q-LES-Q-SF
- Tabla B6.** Diferencias entre profesionales de PC y PSQ
- Tabla B7.** Diferencias entre residentes y facultativos especialistas
- Tabla B8.** Diferencias según experiencia propia de trauma
- Tabla B9.** Correlaciones entre personalidad, y las escalas STSS y Q-LES-Q-SF

Tabla B10. Tema, categorías, subcategorías y códigos extraídos de los grupos focales

Tabla B11. Frecuencia de aparición de códigos y subcategorías en los grupos focales

Anexo C. Mapas conceptuales de datos cualitativos

Anexo C1. Modelo jerárquico código-subcódigo

Figura C1.1. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Narrativas traumáticas que producen mayor impacto”.

Figura C1.2. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma”.

Figura C1.3. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Permeabilidad entre lo profesional y lo personal”.

Figura C1.4. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Afrontamiento entre lo individual y el sostén compartido”.

Figura C1.5. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Aprendizajes constructivos y satisfacción de la práctica clínica”.

C2. Modelo código-subcódigo-segmentos.

Figura C2.1. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “narrativas traumáticas que producen mayor impacto”.

Figura C2.2. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma”.

Figura C2.3. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “permeabilidad entre lo profesional y lo personal”.

Figura C2.4. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “Afrontamiento: entre lo individual y el sostén compartido”.

Figura C2.5. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “Aprendizajes constructivos y satisfacción en la práctica clínica”.

Anexo A. Documentos

Anexo A1. Hoja de información para participantes del cuestionario (fase cuantitativa)

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio titulado **“Impacto del trauma vicario en la calidad de vida de los profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría del Sistema Nacional de Salud”**. A continuación, se le proporciona la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación voluntaria. Tómese el tiempo que considere necesario para revisar este documento antes de decidir si desea participar en el estudio.

Investigadoras:

Laura de Álvaro García, número de colegiada: O-03410

Sandra Hermida Hermida, número de colegiada: O-03406

Hugo Martínez Martínez, número de colegiado: O-03416

Promotor del estudio: Servicio de Salud Pública del Principado de Asturias

Contacto:

laura.dealvaro@sespa.es

sandra.hermida@sespa.es

hugo.martinez@sespa.es

Investigadores que informan

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar. A continuación, se le proporciona la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación voluntaria. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y pregunte con total libertad todo aquello que pueda ayudarle a aclarar sus dudas o tenga especial interés para usted.

Objetivo del estudio

La finalidad general de esta investigación, en la que se le invita a participar, es conocer las variables sociodemográficas, profesionales y personales que influyen en la calidad de vida de

los/as Psicólogos/as Clínicos/as y Psiquiatras del Sistema Nacional de Salud expuestos a trauma vicario.

Selección de participantes

Se invita a participar a todos los/as profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría que estén en activo en el Sistema Nacional de salud.

¿En qué consiste mi participación?

En primer lugar, usted cumplimentará cuestionarios estandarizados, donde los datos serán completamente anónimos.

¿Qué beneficios se espera que pueda obtener por participar en este estudio?

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio. No obstante, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otros profesionales y pueda contribuir a un mejor conocimiento del objetivo de la investigación y ayudar al desarrollo de programas de intervención y prevención más adecuados en este ámbito.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica?

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio para Ud. ni para el equipo de investigación.

Participación voluntaria y retirada del estudio.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

En caso de que Ud. decidiera abandonar el estudio puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta el momento o, si fuera su voluntad, sus datos serán borrados de los ficheros informáticos.

También debe saber que se le puede retirar del estudio si el promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación

adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Confidencialidad y protección de datos

Todos los datos que se obtengan de su participación en el estudio serán almacenados con un código y en un lugar seguro, de acceso restringido. En todo el proceso se respetará con el máximo rigor todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, que se adapta al ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones. Asegurando el derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución, se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica y garantiza los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.

En ningún caso las publicaciones en que se expongan los resultados del estudio contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, edad, etc.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con los miembros del equipo investigador, mediante el contacto facilitado en la parte superior de este documento.

Anexo A2. Consentimiento informado fase cuantitativa

Título del proyecto: “Impacto del Trauma Vicario en la calidad de vida de los/as profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría del Sistema Nacional de Salud”

Investigadores Principales: Laura de Álvaro García, Sandra Hermida Hermida y Hugo Martínez Martínez. Psicólogo/as Interno/as Residentes del Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias.

Yo.....
(nombre y apellidos del participante):

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con..... (nombre y apellidos del investigador).
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio: 1º Cuando quiera y 2º Sin dar explicaciones.
- Doy libremente mi conformidad para participar en este estudio y mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre y apellidos del participante:

Fecha: __/__/_____

Firma

Formulación de revocación del consentimiento informado

Yo, Don/Dña. // Yo, Don/Dña.con DNI..... en representación de Don/Doña // deseo retirarme del estudio.....

Firma del participante

Firma del representante

Fecha: __/__/_____

Fecha: __/__/_____

Anexo A3. Aprobación del comité de ética de la fase cuantitativa

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Calidad,
Transformación y Gestión del
Conocimiento

Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos
del Principado de Asturias

Hospital Universitario Central de Asturias

N-1, S3.19

Avda. de Roma, s/n

33011 Oviedo

Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028).

ceim.asturias@asturias.org

Oviedo, 20 de octubre de 2025

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación (Trabajo Fin de Residencia) T.F.R. nº 2025.375, titulado **"IMPACTO DEL TRAUMA VICARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSIQUIATRÍA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS"**. Investigadores Principales, Sandra Hermida Hermida; Laura De Álvaro García; Hugo Martínez Martínez, Psicología Clínica de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental del Principado de Asturias.

Protocolo: Versión 22/08/2025
HIP: Parte cuantitativa

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Los Consentimientos informados deberán firmarse por duplicado (para dejar constancia de ello) y una copia deberá ser archivada con la documentación del estudio.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.


Fdo: PABLO ISIDRO MARRÓN
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



Anexo A4. Cuestionario ad hoc de información sociodemográfica, profesional y personal

Nombre variable	Categoría
Edad	
Sexo	1. Hombre 2. Mujer 3. No binario
Comunidad Autónoma	
Profesión	1. Residente Psicología Clínica 2. Facultativo de Psicología Clínica 3. Residente de Psiquiatría 4. Facultativo de Psiquiatría
Años trabajados (PC/PSQ)	
Formación en trauma	1. Si (Especificar: <10 h; 10-30h; 30-50 h; >50 horas) 2. No
Supervisión actual	1. Si 2. No
Población atendida en el momento actual:	1. Adultos 2. Infantojuvenil 3. Ambos
Población atendida en el momento actual: Trastorno Mental Grave	1. Si 2. No
Población atendida en el momento actual: Trastorno de la Conducta Alimentaria	1. Si 2. No
Población atendida en el momento actual: Violencia de Género	1. Si 2. No
Población atendida en el momento actual: Adicciones	1. Si 2. No
Población atendida en el momento actual: Interconsulta/Enlace	1. Si 2. No
Población atendida en el momento actual: Otros	Especificar
Experiencias traumáticas personales	1. Si 2. No
Extraversión	Likert
Responsabilidad	Likert
Vitalidad	Likert
Propósito vital	Likert
Trauma Vicario	1. Poco o nada (<27) 2. Leve (28-37) 3. Moderado (38-43) 4. Alto (44-48) 5. Severo (>49)
Calidad de vida	Escala cuantitativa continua 14-70

Anexo A5. Cuestionario Q-LES-Q-SF

Instrucciones. En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a los siguientes aspectos?

Ítem	Aspecto evaluado	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
1	su estado de salud física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	su estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	las tareas de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	sus relaciones sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	sus relaciones familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	sus actividades de tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	su capacidad de participar en la vida diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	su situación económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	la situación de alojamiento o vivienda*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	su sensación general de bienestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 15 la medicación (si no toma medicamentos, indíquelo aquí y deje la respuesta en blanco)
- 16 su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada

* Si el nivel de satisfacción es **muy malo, malo** o **regular** en estas respuestas, por favor, **subraye** los factores asociados a la falta de satisfacción.

Anexo A6. Cuestionario STSS

A continuación se presenta una lista de afirmaciones realizadas por personas que se han visto afectadas por su trabajo con víctimas de trauma. Lea cada afirmación e indique con qué frecuencia dicha afirmación fue cierta para usted en los **últimos 7 días**, marcando el número correspondiente.

Nota: “Cliente” se utiliza para referirse a las personas con quienes usted ha trabajado en una relación de ayuda. Puede sustituirse por otro término que represente mejor su trabajo, como usuario, paciente, víctima, receptor, etc.

Opciones de respuesta:

0 = Nunca

1 = Rara vez

2 = Ocasionalmente

3 = A menudo

4 = Muy a menudo

Ítem	Enunciado	0	1	2	3	4
1	Me he sentido incapaz de experimentar emociones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Cuando he pensado en mi trabajo con las víctimas, mi corazón ha comenzado a latir más fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	He sentido como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por las víctimas con las que trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	He tenido dificultades para conciliar o mantener el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Me he sentido desmoralizado/a al pensar en mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hay recuerdos de mi trabajo con las víctimas que me provocan malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	He tenido poco interés por estar con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Me he sentido nervioso/a, sobresaltado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	He estado menos activo/a de lo usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Me he sorprendido pensando en mi trabajo con las víctimas sin tener la intención de hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 11 He tenido dificultades para concentrarme
- 12 He evitado personas, lugares o cosas que me recuerdan mi trabajo con las víctimas
- 13 He tenido sueños desagradables sobre mi trabajo con las víctimas
- 14 He deseado evitar el trabajo con algunas víctimas
- 15 Me he enojado con facilidad
- 16 He tenido la sensación de que algo malo va a pasar
- 17 He notado vacíos en mi memoria respecto a algunas sesiones con las víctimas que atiendo

Anexo A7. Hoja de información para participantes de los grupos focales

Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio titulado “Impacto del trauma vicario en la calidad de vida de los profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría del Principado de Asturias”. A continuación, se le proporciona la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su participación voluntaria. Tómese el tiempo que considere necesario para revisar este documento antes de decidir si desea participar en el estudio.

Investigadoras y contacto:

Laura de Álvaro García, número de colegiada: O-03410. laura.dealvaro@sespa.es

Sandra Hermida Hermida, número de colegiada: O-03406. sandra.hermida@sespa.es

Hugo Martínez Martínez, número de colegiado: O-03416. hugo.martinez@sespa.es

Promotor del estudio: Servicio de Salud Pública del Principado de Asturias

Objetivo del estudio:

La finalidad general de esta investigación, en la que se le invita a participar, es explorar la experiencia de los/as profesionales de Salud Mental en relación con la exposición continuada a situaciones traumáticas de los/as pacientes.

Selección de participantes:

Se invita a participar a todos los/as profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría que estén en activo en el servicio de salud del Principado de Asturias.

¿En qué consiste mi participación?

Participará en un grupo focal de aproximadamente 60–90 minutos. La sesión será grabada en audio para su transcripción literal. Se le asignará un código alfanumérico que garantice su anonimato. Sus datos no aparecerán vinculados a su identidad en ningún momento.

Normas del grupo focal

- Confidencialidad absoluta: todo lo compartido es privado y no debe comentarse fuera del grupo.
- Respeto: se escucharán todas las opiniones sin juicios.
- No interrupciones: se solicita permitir las intervenciones completas.
- Uso de turnos de palabra: hablar de uno en uno.
- Participación equilibrada: se fomentará que todas las voces tengan espacio.
- Voluntariedad: cada persona decide cuánto compartir.
- Cuidado emocional: si algún tema resulta especialmente sensible, el/la participante podrá pedir pausa o retirarse.
- Apagar o silenciar teléfonos.
- Ajustarse al tiempo previsto.
- Derecho a no responder.

¿Qué beneficios se espera que pueda obtener por participar en este estudio?

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio. No obstante, se prevé que la información que se obtenga pueda beneficiar en un futuro a otros profesionales y pueda contribuir a un mejor conocimiento del objetivo de la investigación y ayudar al desarrollo de programas de intervención y prevención más adecuados en este ámbito.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica?

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio para Ud. ni para el equipo de investigación.

Participación voluntaria y retirada del estudio.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. En caso de

que Ud. decidiera abandonar el estudio puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta el momento o, si fuera su voluntad, sus datos serán borrados de los ficheros informáticos.

También debe saber que se le puede retirar del estudio si el promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Confidencialidad y protección de datos

Todos los datos que se obtengan de su participación en el estudio serán almacenados con un código y en un lugar seguro, de acceso restringido. En todo el proceso se respetará con el máximo rigor todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, que se adapta al ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones. Asegurando el derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución, se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica y garantiza los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.

En ningún caso las publicaciones en que se expongan los resultados del estudio contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, edad, etc.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con los miembros del equipo investigador, mediante el contacto facilitado en la parte superior de este documento.

Anexo A8. Consentimiento informado de la fase cualitativa

Título del proyecto: “Impacto del Trauma Vicario en la calidad de vida de los/as profesionales de Psicología Clínica y Psiquiatría del Principado de Asturias”

Investigadores Principales: Laura de Álvaro García, Sandra Hermida Hermida y Hugo Martínez Martínez. Psicólogo/as Interno/as Residentes del Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias.

Yo.....

(nombre y apellidos del participante):

He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con..... (nombre y apellidos del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio: 1o Cuando quiera y 2o Sin dar explicaciones.

Doy libremente mi conformidad para participar en este estudio y mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Nombre y apellidos del participante:

Fecha: __ / __ / _____

Firma

Anexo A9. Aprobación del comité de ética de la fase cualitativa

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de
Planificación Sanitaria

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
del Principado de Asturias
Hospital Universitario Central de Asturias
N-1, S3.19
Avda. de Roma, s/n
33011 Oviedo
Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028),
ceim.asturias@asturias.org

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D. PABLO HERRERO PUENTE, Presidente del CEIm **DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS**

CERTIFICA

Que este Comité, ha evaluado la propuesta del promotor, para la **enmienda** del proyecto:

CÓDIGO CEImPA: 2025.375

TÍTULO: "IMPACTO DEL TRAUMA VICARIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSIQUIATRÍA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS"

INVESTIGADORES PRINCIPALES: Dña. Sandra Hermida Hermida (Área Sanitaria VIII); Dña. Laura De Álvaro Garcia; D. Hugo Martinez Martinez (Área Sanitaria IV)

Este CEIm, emite un **DICTAMEN FAVORABLE** para la realización de la enmienda,

- *Ampliación del protocolo.*

Lo que firmo en Oviedo, a 12 de diciembre de 2025

Fdo: PABLO HERRERO PUENTE
Secretario del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos
del Principado de Asturias



Anexo A10. Entrevista semi-estructurada ad hoc de los grupos focales

Exposición al sufrimiento del paciente	¿Qué tipo de historias o situaciones de pacientes les resultan emocionalmente más desafiantes? ¿Cómo describirías el impacto emocional que tiene en ti trabajar con personas que han vivido traumas?
Experiencia emocional y síntomas	¿Has notado algún cambio en tus emociones, pensamientos o conductas desde que trabajas con casos de trauma? ¿Qué reacciones físicas o psicológicas relacionas con tu trabajo clínico (fatiga, dificultad para dormir, pensamientos intrusivos, etc.)?
Impacto en la calidad de vida	¿De qué forma ha influido tu trabajo con trauma en tu vida personal, relaciones, o rutina diaria? ¿Qué aspectos de tu bienestar se han visto más afectados (emocional, social, físico, espiritual)?
Afrontamiento y estrategias protectoras	¿Qué haces para protegerte emocionalmente o cuidar de ti mismo después de sesiones difíciles? ¿Qué apoyo institucional o comunitario sientes que tienes para afrontar este impacto?
Crecimiento vicario y significado	¿Hay algo positivo que hayas desarrollado gracias a trabajar con pacientes traumatizados? ¿Ha cambiado tu manera de ver el mundo o de valorar ciertos aspectos de la vida?
Cierre	Member checking: Devolución de los puntos clave que han emergido en el grupo focal ¿Hay algo que no se haya mencionado y crees que es importante compartir? ¿Cómo te sientes tras haber participado en este grupo?

Anexo B. Tablas

Tabla B1.

Características sociodemográficas según la categoría profesional de la muestra cuantitativa

	Total (n=317)	PIR (n=55)	MIR PSQ (n=24)	FEA PC (n=209)	FEA PSQ (n=29)
Edad^a	39,5 (11,3)	30,4 (6,4)	28,6 (4,4)	42,2 (11,1)	36,2 (11,6)
Sexo					
Mujer ^b	252	44	15	173	20
Hombre ^b	65	11	9	36	9

Nota. ^aMedia (Desviación Típica); ^bNúmero de sujetos; PIR= Psicólogo/a Interno/a Residente; MIR PSQ = Médico/a Interno/a Residente de Psiquiatría; FEA PC = Facultativo/a Especialista de Área en Psicología Clínica; FEA PSQ = Facultativo/a Especialista de Área en Psiquiatría

Tabla B2.

Características sociodemográficas y profesionales de la muestra cualitativa

	Total (n=26)	GF1 (n=10)	GF2 (n=8)	GF3 (n=8)
Edad^a	42,38 (14,00)	49,60(14,61)	40,25 (11,32)	28,0 (2,27)
Sexo				
Mujer ^b	18	6	5	7
Hombre ^b	8	4	3	1
Categoría profesional				
PIR	6	-	-	6
MIR PSQ	2	-	-	2
FEA PC	12	6	6	-
FEA PSQ	6	4	2	-

Nota. ^aMedia (Desviación Típica); ^bNúmero de sujetos; PIR= Psicólogo/a Interno/a Residente; MIR PSQ = Médico/a Interno/a Residente de Psiquiatría; FEA PC = Facultativo/a Especialista de Área en Psicología Clínica; FEA PSQ = Facultativo/a Especialista de Área en Psiquiatría; GF = Grupo Focal.

Tabla B3.*Descripción de la muestra según niveles de calidad de vida en la Q-LES-Q-SF*

Nivel de calidad de vida	Rango de puntuación	n	%
Baja	14 - 50	93	29,34
Media-baja	51 - 54	67	21,14
Media-alta	55 - 58	89	28,07
Alta	59 - 70	68	21,45

Nota. Clasificación elaborada con fines exclusivamente descriptivos a partir de los cuartiles de la distribución muestral de la Q-LES-Q-SF. No corresponde a puntos de corte clínicos ni normativos del instrumento.

Tabla B4.*Descriptivos del nivel de gravedad en la escala STSS en función del sexo*

Nivel de STSS	Hombres, n (%)	Mujeres, n (%)	Total, n (%)
Escaso o nulo	6 (9,2)	14 (5,6)	20 (6,3)
Leve	25 (38,5)	75 (29,8)	100 (31,5)
Moderado	19 (29,2)	67 (26,6)	86 (27,1)
Alto	5 (7,7)	42 (16,7)	47 (14,8)
Grave	10 (15,4)	54 (21,4)	64 (20,2)
Total	65 (100)	252 (100)	317 (100)

Nota. Los porcentajes de hombres y mujeres están calculados dentro de cada sexo; el porcentaje de la columna total está calculado sobre el total válido de la muestra.

Tabla B5.*Diferencias según el sexo en los niveles de STSS y Q-LES-Q-SF*

Variable	Hombres M (DT)	Mujeres M (DT)	Prueba	Estadístico	p	Tamaño del efecto
STSS Intrusión	11,3 (3,40)	12,4 (3,16)	U de Mann–Whitney	U = 6294	.004	rb = 0,232
STSS Evitación	16,4 (4,33)	16,1 (3,98)	U de Mann–Whitney	U = 8000	.773	rb = -0,023
STSS Arousal	11,5 (2,87)	12,8 (3,03)	t de Student	t(315) = -3,094	.002	d = -0,430
STSS Total	39,2 (9,36)	41,3 (8,73)	t de Student	t(315) = -1,743	.082	d = -0,242
Q-LES-Q-SF Total	53,9 (7,26)	53,7 (6,54)	U de Mann–Whitney	U = 7877	.634	rb = -0,038

Nota. rb = correlación biserial de rangos; d = d de Cohen.

Tabla B6.*Diferencias entre profesionales de PC y PSQ*

Variable	PC M (DT)	PSQ M (DT)	Prueba	Estadístico	p	Tamaño del efecto
STSS Intrusión	12,1 (3,19)	12,4 (3,47)	U de Mann–Whitney	U = 6697	.662	rb = .043
STSS Evitación	15,8 (3,88)	17,8 (4,50)	U de Mann–Whitney	U = 5279	.005	rb = .246
STSS Arousal	12,3 (3,09)	13,5 (2,57)	U de Mann–Whitney	U = 5436	.010	rb = .223
STSS Total	40,3 (8,80)	43,7 (8,84)	t de Student	t(315) = -2,569	.011	d = -0,387
Q-LES-Q-SF Total	53,8 (6,77)	53,5 (6,27)	U de Mann–Whitney	U = 6679	.602	rb = -.045
Duración formación trauma	2,61 (1,16)	1,79 (1,07)	U de Mann–Whitney	U = 4132	< .001	rb = -.396

Nota. PC = Psicología Clínica; PSQ = Psiquiatría; rb = correlación biserial de rangos. Se informa, para cada variable, únicamente del contraste seleccionado en función del cumplimiento de supuestos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en extraversión, responsabilidad, vitalidad o propósito.

Tabla B7.*Diferencias entre residentes y facultativos especialistas*

Variable	Residentes <i>M (DT)</i>	FEA <i>M (DT)</i>	Prueba	Estadístico	<i>p</i>	Tamaño del efecto
STSS Intrusión	12,2 (3,52)	12,2 (3,14)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 8216	.950	<i>rb</i> = .005
STSS Evitación	16,6 (4,38)	16,0 (3,93)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 7592	.291	<i>rb</i> = -.080
STSS Arousal	12,8 (3,11)	12,4 (3,01)	<i>t</i> de student	<i>t</i> (286) = 1,247	.213	<i>d</i> = 0,165
STSS Total	41,6 (9,31)	40,2 (8,73)	<i>t</i> de student	<i>t</i> (286) = 1,146	.253	<i>d</i> = 0,151
Q-LES-Q-SF Total	52,5 (7,31)	54,1 (6,65)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 7258	.113	<i>rb</i> = .121
Duración formación trauma	1,53 (0,92)	2,84 (1,09)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 3092	< .001	<i>rb</i> = .624

Nota. FEA = facultativo especialista. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en extraversión, responsabilidad, vitalidad o propósito.

Tabla B8.*Diferencias según experiencia propia de trauma*

Variable	Sí <i>M(DT)</i>	No <i>M(DT)</i>	Prueba	Estadístico	<i>p</i>	Tamaño del efecto
STSS Intrusión	13,0 (3,36)	11,7 (3,11)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 7999	.004	<i>rb</i> = .204
STSS Evitación	17,1 (4,31)	15,7 (3,88)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 8279	.013	<i>rb</i> = .176
STSS Arousal	13,2 (3,10)	12,2 (2,94)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 8012	.004	<i>rb</i> = .203
STSS Total	43,3 (9,27)	39,6 (8,52)	<i>t</i> de Student	<i>t</i> (300) = -3,39	< .001	<i>d</i> = -0,415
Q-LES-Q-SF Total	52,3 (6,98)	54,6 (6,46)	<i>U</i> de Mann-Whitney	<i>U</i> = 8067	.005	<i>rb</i> = -.197

Nota. Se excluyeron de este análisis los casos con respuesta "prefiero no contestar". *rb* = correlación biserial de rangos.

Tabla B9.*Correlaciones entre personalidad, y las escalas STSS y Q-LES-Q-SF*

Variable	STSS Intrusión (ρ)	STSS Evitación (ρ)	STSS Arousal (ρ)	STSS Total (ρ)	Q-LES-Q-SF Total (ρ)
Extraversión	-.015	-.186***	-.014	-.100	.250***
Responsabilidad	-.044	-.181**	-.072	-.119*	.151**
Vitalidad	-.246***	-.412***	-.290***	-.379***	.519***
Propósito	-.181**	-.425***	-.268***	-.355***	.477***

Nota. ρ = coeficiente rho de Spearman. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tabla B10. Tema, categorías, subcategorías y códigos extraídos de los grupos focales

TEMA: EXPERIENCIA SUBJETIVA DE TRAUMA VICARIO EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL	C1: Narrativas traumáticas que producen mayor impacto
	C1S1. Factores que influyen en el impacto
	<i>Códigos:</i> impacto del diagnóstico; pronóstico desfavorable; narración detallada; identificación según historia personal
	C1S2. Límites estructurales
	<i>Códigos:</i> injusticia social; retorno a contextos dañinos; límites profesionales; falta de apoyos; fallos del sistema
	C1S3. Amenaza vital y vulnerabilidad
	<i>Códigos:</i> enfermedad infantil grave; final de vida; riesgo vital; duelo
	C1S4. Trauma interpersonal grave
	<i>Códigos:</i> violencia física; repetición de violencia; violencia sexual; desprotección en menores; violencia de género; violencia en menores; abuso sexual infantil
	C2: Reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma
	C2S1. Reacciones cognitivas
	<i>Códigos:</i> falta de concentración; decepción con la humanidad; pesadillas; nuevos miedos; vulnerabilidad; mayor conciencia del sufrimiento en el mundo; pérdida de inocencia; mundo percibido como peligroso
	C2S2. Reacciones emocionales
	<i>Códigos:</i> contención emocional; distanciamiento emocional; frustración; miedo; asco; aumento de sensibilidad emocional; responsabilidad y culpa; soledad; angustia; tristeza; malestar sostenido; impotencia; enfado; irritabilidad
	C2S3. Reacción visceral-somática
	<i>Códigos:</i> llorar; tensión muscular; temblor; taquicardia; rubor facial; fatiga; dolor de cabeza; presión en el pecho; nudo en el estómago; nudo en la garganta; problemas digestivos
C3: Permeabilidad entre lo profesional y lo personal	
C3S1. Delimitación del rol profesional	
<i>Códigos:</i> diferenciar el rol personal del profesional	
C3S2. Transferencia del marco clínico a las relaciones personales	
<i>Códigos:</i> leer segundas intenciones; clarificar la comunicación	
C3S3. Relativizar el malestar cotidiano	
<i>Códigos:</i> comparar lo clínico con lo cotidiano; minimizar conflictos cotidianos	

C3S4. Impacto en las interacciones sociales
<i>Códigos:</i> incompreensión por entorno personal; necesidad de soledad; culpa por no estar presente; evitar implicación emocional; estar poco presente
C3S5. Transmisión de la subjetividad profesional
<i>Códigos:</i> enseñar a vivir el presente; enseñar a protegerse; alerta respecto a hijos/as
C4: Afrontamiento: Entre lo individual y el sostén compartido
C4S1. Regulación emocional, conductual y cognitiva
<i>Códigos:</i> controlar curiosidad; actividades centradas en el presente; separación de espacios personales y profesionales; supervisión; terapia personal; conductas evasivas; ocio como desconexión; actividad física
C4S2. La institución como fuente de conflictos
<i>Códigos:</i> normalización de la sobrecarga; ausencia de espacios de cuidado; demanda de supervisión de equipos; demanda de supervisión de casos; apoyo por jefaturas cercanas; depositar limitaciones en la institución; decepción con la política asistencial; escaso apoyo institucional
C4S3. Apoyo horizontal como fuente principal sostén
<i>Códigos:</i> compartir casos complejos; apoyo entre compañeros
C5: Aprendizajes constructivos y satisfacción con la práctica clínica
C5S1. Satisfacción profesional
<i>Códigos:</i> reconocimiento del trabajo terapéutico
C5S2. Cambios personales
<i>Códigos:</i> aprendizaje vicario; reevaluación de valores; autoconocimiento; apreciar la propia vida; valorar más el presente; flexibilidad en la construcción de vínculos
C5S3. Resignificación de la experiencia de vida
<i>Códigos:</i> ampliar el concepto de normalidad; esperanza; admiración por la resiliencia humana

Tabla B11. Frecuencia de aparición de códigos y subcategorías en los grupos focales

	GF1	GF2	GF3	Total
EXPERIENCIA SUBJETIVA DE TRAUMA VICARIO EN PROFESIONALES DE SALUD MENTAL	123	155	122	400
C1: Narrativas traumáticas que producen mayor impacto	33	30	15	78
C1S1. Factores que influyen en el impacto	8	2	1	11
C1S2. Límites estructurales	5	10	6	21
C1S3. Amenaza vital y vulnerabilidad	5	9	2	16
C1S4. Trauma interpersonal grave	15	9	6	30
C2: Reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma	44	56	36	136
C2S1. Reacciones cognitivas	8	13	11	32
C2S2. Reacciones emocionales	32	31	14	77
C2S3. Reacción visceral-somática	4	12	11	27
C3: Permeabilidad entre lo profesional y lo personal	15	17	18	50
C3S1. Delimitación del rol profesional	7	4	2	13
C3S2. Transferencia del marco clínico a las relaciones personales	0	4	0	4
C3S3. Relativizar el malestar cotidiano	2	2	4	8
C3S4. Impacto en las interacciones sociales	6	2	12	20
C3S5. Transmisión de la subjetividad profesional	0	5	0	5
C4: Afrontamiento: Entre lo individual y el sostén compartido	20	33	38	91
C4S1. Regulación emocional, conductual y cognitiva	7	12	15	34
C4S2. La institución como fuente de conflictos	4	12	15	31
C4S3. Apoyo horizontal como fuente principal sostén	9	9	8	26
C5: Aprendizajes constructivos y satisfacción con la práctica clínica	11	19	15	45
C5S1. Satisfacción profesional	1	3	1	5
C5S2. Cambios personales	8	12	10	30
C5S3. Resignificación de la experiencia de vida	2	4	4	10

Nota. C = Categoría; CS = Subcategoría; GF = Grupo Focal. La mayor saturación del color indica mayor frecuencia de aparición.

Anexo C. Mapas conceptuales de datos cualitativos

C1. Modelo jerárquico código-subcódigo. En este modelo se muestra la estructura jerárquica de las categorías, subcategorías, códigos y subcódigos seleccionados.

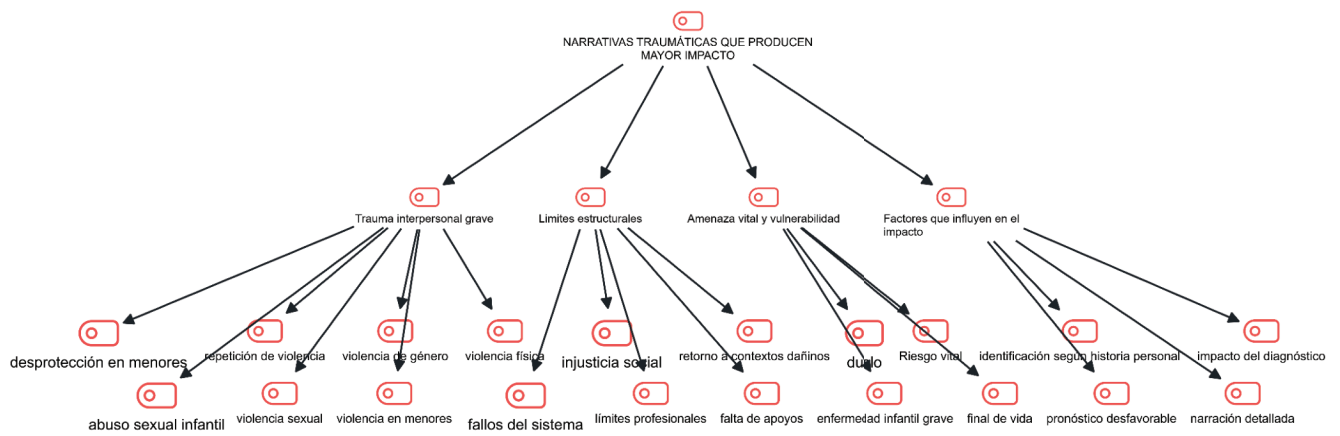


Figura C1.1. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Narrativas traumáticas que producen mayor impacto”.

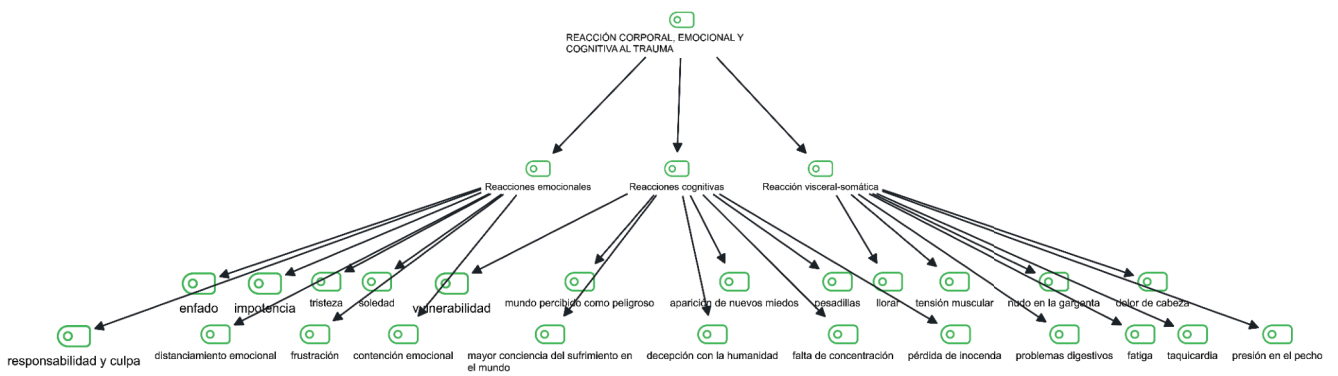


Figura C1.2. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma”.

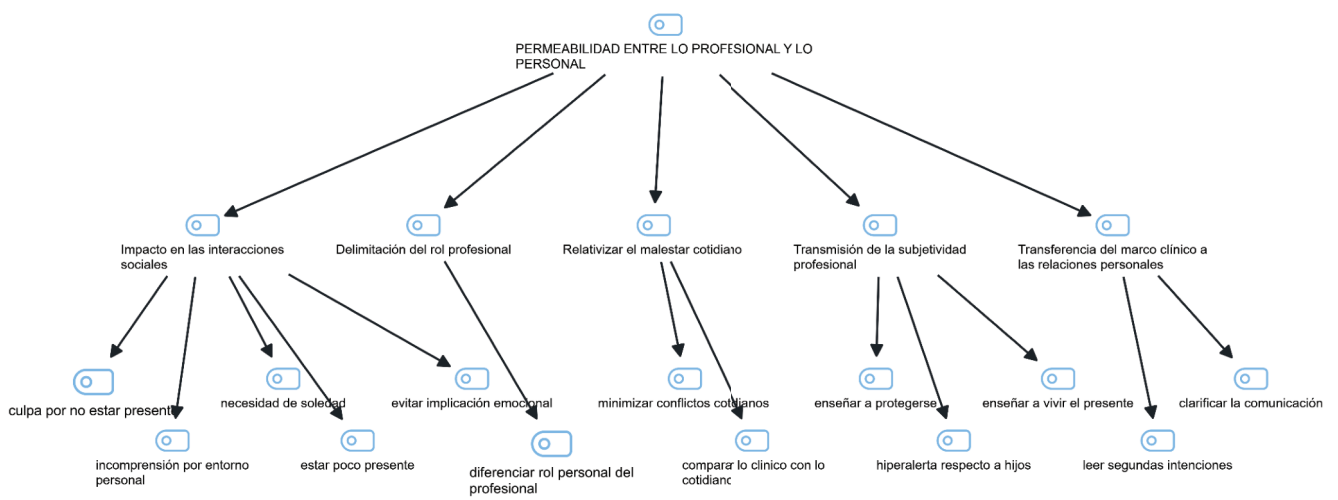


Figura C1.3. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Permeabilidad entre lo profesional y lo personal”.

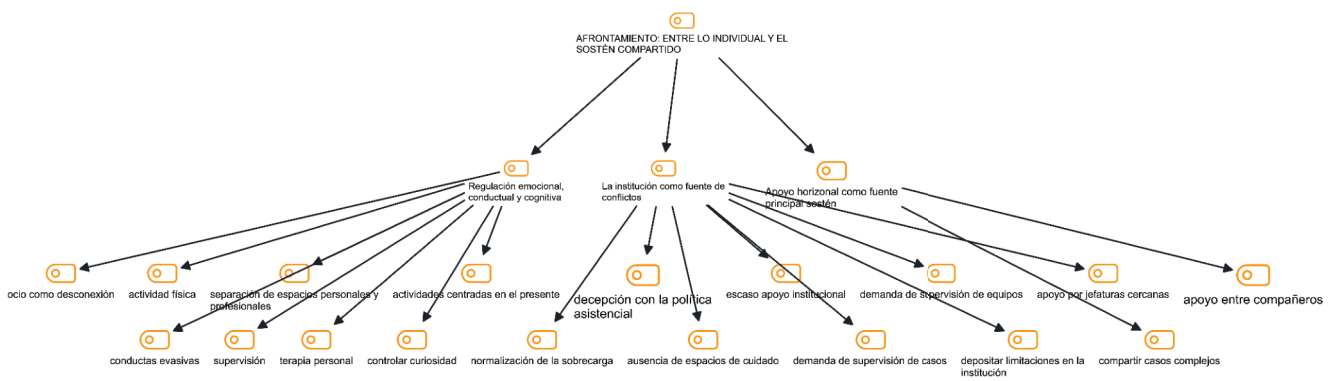


Figura C1.4. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Afrontamiento entre lo individual y el sostén compartido”.

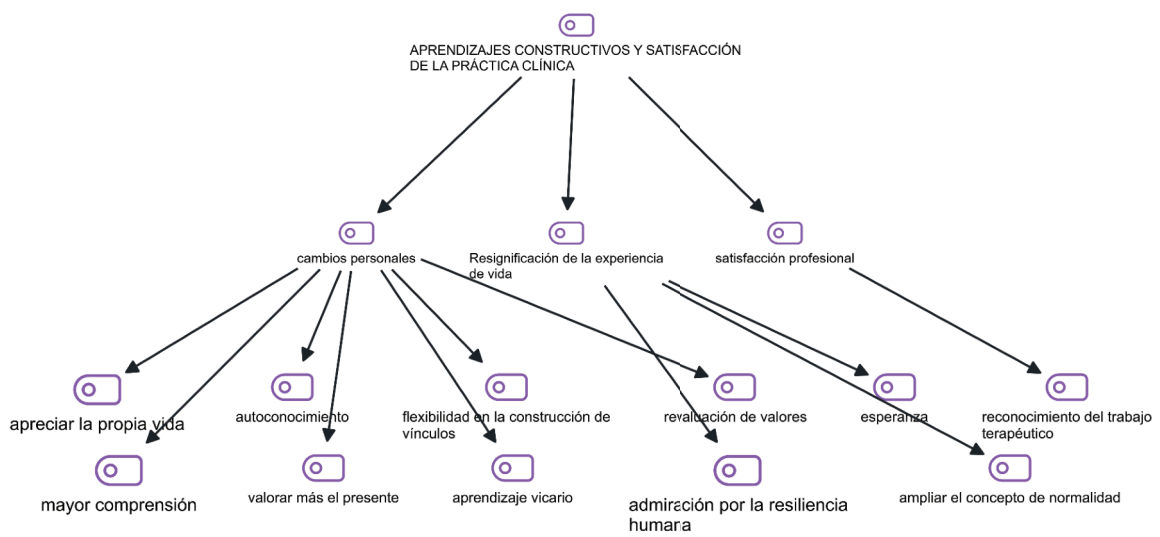


Figura C1.5. Modelo jerárquico código-subcódigo de la categoría “Aprendizajes constructivos y satisfacción de la práctica clínica”.

C2. Modelo código-subcódigo-segmentos. Este modelo contiene en el centro la categoría, unido a sus códigos y subcódigos por flechas no direccionales. El círculo exterior contiene los segmentos de cada código o subcódigo, previamente seleccionados tras aplicar puntuaciones de peso a los segmentos de citas (unidades de significado) más significativas durante el trabajo de codificación. Cada segmento de citación está conectado a sus códigos o subcódigos mediante líneas de enlace. El grosor de la línea indica la frecuencia de las citas, de manera que, a mayor grosor, mayor frecuencia.

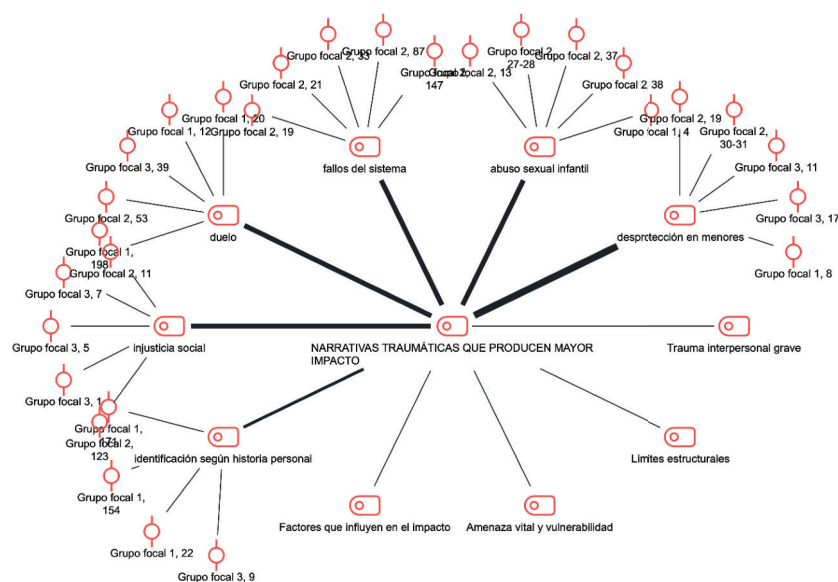


Figura C2.1. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “narrativas traumáticas que producen mayor impacto”.

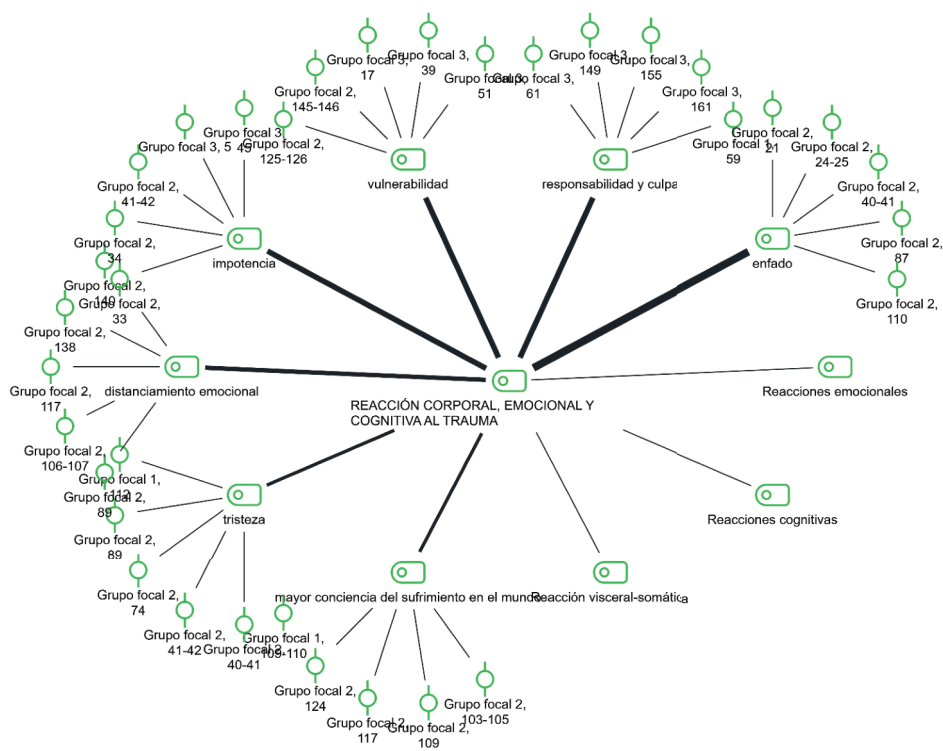


Figura C2.2. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría "reacción corporal, emocional y cognitiva al trauma".

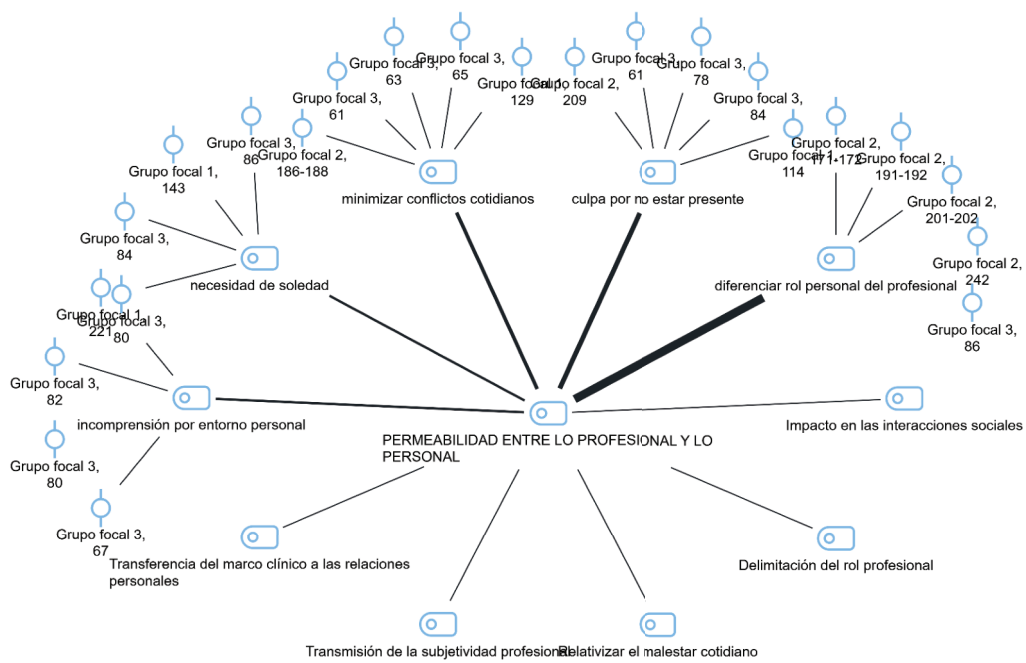


Figura C2.3. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “permeabilidad entre lo profesional y lo personal”.

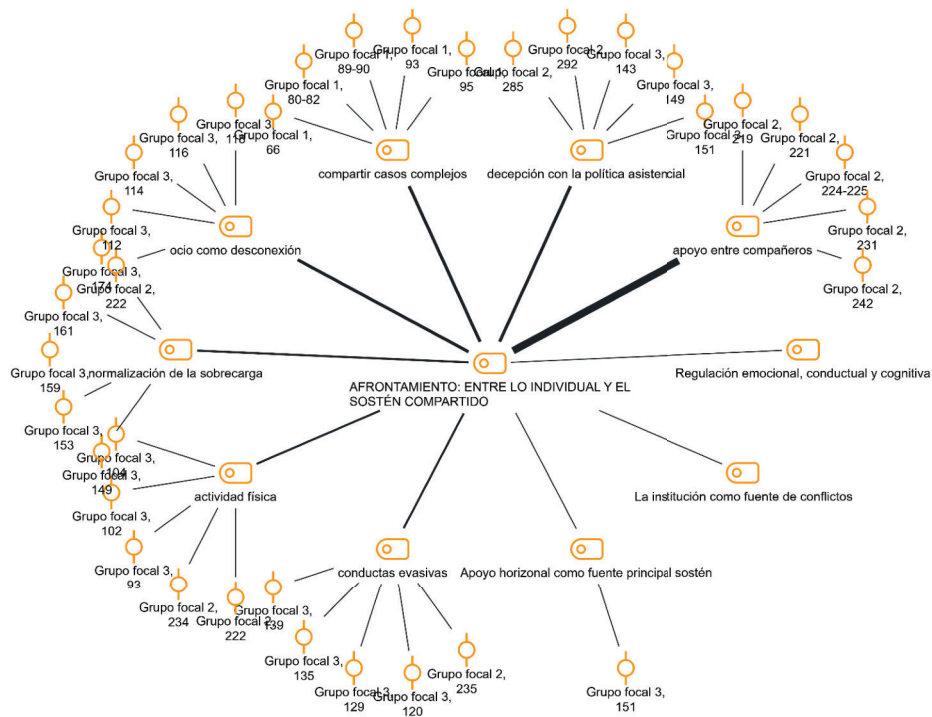


Figura C2.4. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría "Afrontamiento: entre lo individual y el sostén compartido".

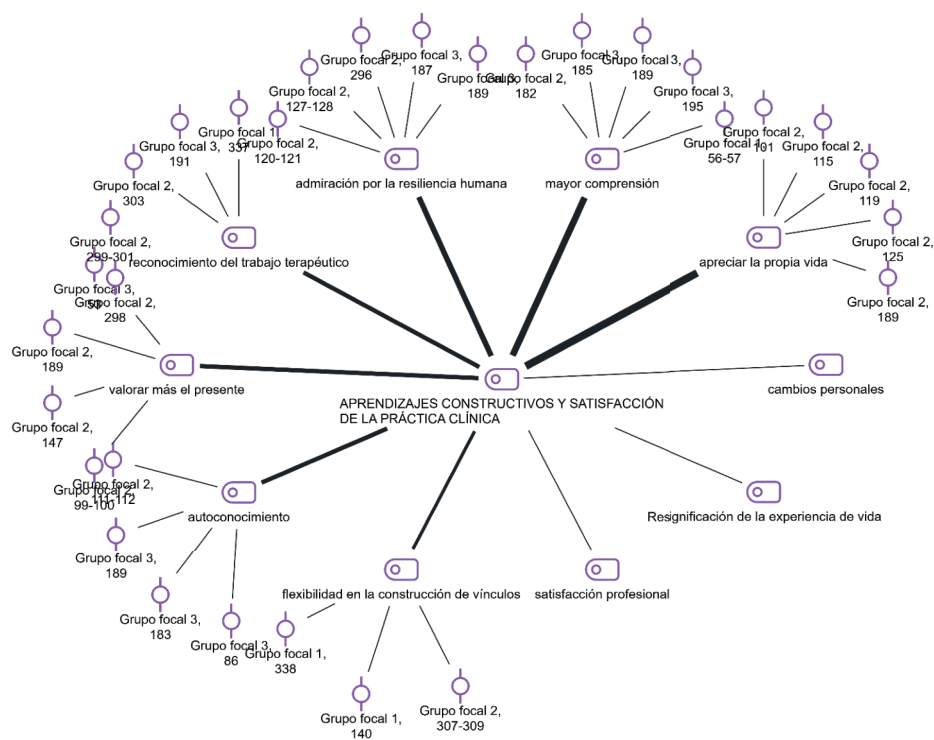


Figura C2.5. Modelo código-subcódigo-segmentos de la categoría “Aprendizajes constructivos y satisfacción en la práctica clínica”.