



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
**ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL ESTRÉS
TRAUMÁTICO SECUNDARIO (STS) EN
PROFESIONALES DE EMERGENCIAS**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Raúl Pulido Elizarán
Modalidad:	Revisión Sistemática
Director/a:	Inés Arce Bilbao
Fecha:	09/01/2026

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo analizar las tendencias actuales en la investigación sobre el estrés traumático secundario (STS) en trabajadores de emergencia, especialmente enfermeras y policías, y examinar los factores asociados a su aparición. La revisión incluyó estudios publicados entre 2009 y 2023, identificando que la definición de STS es heterogénea: en enfermería se aborda principalmente como un fenómeno independiente de la fatiga por compasión, mientras que en policías se estudian síntomas relacionados como ansiedad, depresión y PTSD. La medición se consolidó mediante instrumentos estandarizados en enfermería (ProQOL-5, STSS), mientras que en policías y otros profesionales de emergencias se centra en indicadores clínicos asociados. Los factores asociados incluyen características personales (edad, género, historia de trauma), ocupacionales (carga laboral, turnos, exposición a eventos traumáticos) y sintomáticos (agotamiento, fatiga por compasión, ideación suicida), modulados por estrategias de afrontamiento y apoyo social. Los resultados evidencian que el STS está influido por factores personales, ocupacionales y sintomáticos, destacando la edad, el género femenino, la exposición a eventos traumáticos y el agotamiento emocional. Mientras que en enfermería su estudio es más sólido y utiliza medidas estandarizadas, en policías la evidencia es más limitada y se centra en síntomas relacionados como ansiedad, depresión y PTSD. En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de ampliar la investigación y desarrollar intervenciones preventivas ajustadas a cada profesión. Se destaca la necesidad de ampliar estudios en policías y otros trabajadores de emergencia para desarrollar intervenciones preventivas adaptadas.

Palabras clave: Estrés traumático secundario (STS), trabajadores de emergencia, diagnóstico, intervención.

Abstract

This study aimed to analyze current trends in research on secondary traumatic stress (STS) in emergency workers, particularly nurses and police officers, and to examine the factors associated with its occurrence. The review included studies published between 2009 and 2023, identifying that the definition of STS is heterogeneous: in nursing, it is primarily addressed as a phenomenon independent of compassion fatigue, while in police officers, related symptoms such as anxiety, depression, and PTSD are studied. Measurement has been consolidated using standardized instruments in nursing (ProQOL-5, STSS), while in police officers and other emergency professionals, the focus is on associated clinical indicators. Associated factors include personal characteristics (age, gender, trauma history), occupational characteristics (workload, shifts, exposure to traumatic events), and symptomatic characteristics (exhaustion, compassion fatigue, suicidal ideation), modulated by coping strategies and social support. The results show that burnout syndrome is influenced by personal, occupational, and symptomatic factors, with age, female gender, exposure to traumatic events, and emotional exhaustion being particularly relevant. Although studies in the field of nursing are more robust and use standardized measures, evidence in police work is more limited and focuses on related symptoms such as anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD). Together, these findings highlight the need for more comprehensive research and the development of preventive interventions tailored to each profession. The need for further research in police officers and other emergency workers to develop tailored preventive interventions is highlighted. more comprehensive research and the development of preventive interventions tailored to each profession. The need for further research in police officers and other emergency workers to develop tailored preventive interventions is highlighted.

Keywords: Secondary traumatic stress (STS), emergency workers, diagnosis, intervention.

Índice de contenidos

1. Marco teórico.....	8
1.1. Definición del estrés postraumático Secundario (STS).....	10
1.2. Sintomatología del STS	12
1.3. Modos de afrontamiento STS.....	13
1.4. Intervención en el STS	14
1.5. Algunas escalas de medición de STS.....	20
1.6. El STS en personal de emergencia (policías)	22
2. Justificación	25
3. Objetivos.....	26
3.1. Objetivo general	26
3.2. Objetivos secundarios	26
4. Pregunta de investigación	26
5. Metodología	27
5.1. Diseño	27
5.1.1. Metodología	27
5.1.2. Fuentes consultadas	27
5.1.3. Estrategia de búsqueda	28
5.2. Criterios de inclusión y exclusión	29
5.3. Diagrama de flujo	30
6. Resultados	33
7. Discusión y conclusiones	51

7.1. Limitaciones	59
7.2. Prospectiva	60
Referencias bibliográficas	63

Índice de figuras

Figura 1. Prisma	33
------------------------	----

Índice de tablas

Tabla 1. Bases de datos de búsqueda.....	28
Tabla 2. <i>Puntuación en la Escala PEDro</i>	31
Tabla 3. Características generales de los artículos	35
Tabla 4. Factores asociados al STS.....	42

1. Marco teórico

Los profesionales que trabajan en servicios de emergencia o centros de atención hospitalaria informan de una mala salud mental y ocupacional. Investigaciones anteriores han informado que las enfermeras que trabajan en los servicios de urgencias experimentan niveles más altos de depresión o ansiedad. Por ejemplo, se han observado síntomas de depresión en el 54,6% de las enfermeras de emergencia, en comparación con el 35% de las enfermeras en China (Huang et al. 2024; Maharaj et al. 2018). Además, más del 25% de las enfermeras de traumatología muestran síntomas moderados o graves de ansiedad (Cook et al. 2021). Las enfermeras de los servicios de urgencias de traumatología que están constantemente expuestas al estrés de la atención rápida que demandan situaciones como accidentes y traumas, experimentan síntomas graves de agotamiento con más frecuencia que las enfermeras de otros departamentos, y se informa que su ansiedad es mayor que entre otras enfermeras (Cook et al. 2021; Munnangi et al. 2018). Los problemas de salud mental de estas enfermeras también se correlacionan con una mala salud ocupacional, como un bajo desempeño laboral, insatisfacción entre el trabajo y la vida personal de trabajos de emergencia como los policías, bomberos, enfermeros, entre otros (Lee et al. 2015) y abuso de alcohol, sustancias e ideación suicida (Dunn, 2005).

Los trabajadores de emergencia son bien conocidos por experimentar altos niveles de angustia ocupacional porque experimentan situaciones y eventos traumáticos impredecibles, incontrolados y severos (Mealer y Jones, 2013). Investigaciones anteriores han reportado síntomas y trastornos de estrés postraumático en los trabajadores de emergencias. Muchas enfermeras que trabajan en entornos clínicos a menudo experimentan situaciones traumáticas, incluyendo observaciones de muerte súbita, fracaso de la reanimación o violencia en el lugar de trabajo (Healy y Tyrrell, 2011). Además, los policías presencian los eventos traumáticos de otros y las consecuencias relevantes, lo que potencialmente resulta en estrés traumático secundario (von Rueden et al., 2010). En esta situación, los proveedores de atención de emergencia experimentan un nivel similar de estrés traumático mientras atienden a sus pacientes traumatizados (Meadors y Lamson, 2008). Las

enfermeras que trabajan en departamentos de emergencia o entornos de atención traumática están expuestas a dos facetas de estímulos de estrés traumático: primario y secundario.

Las investigaciones recientes se han centrado cada vez más en el estrés traumático secundario (STS), particularmente en relación con conceptos como la satisfacción por compasión y el agotamiento. Figley (1995) definió el STS como una reacción normal a un evento anormal que ocurre cuando las personas experimentan o presencian incidentes altamente angustiosos, como el cuidado de pacientes con trauma. A diferencia del Trastorno del Estrés Postraumático (TEPT), que resulta de la exposición directa al trauma, el STS surge de la exposición indirecta, pero presenta síntomas similares. Más específicamente, Kellogg (2021) definió el STS de las enfermeras como "un estado intrusivo de tensión psicológica que resulta de presenciar el sufrimiento emocional o físico de otra persona como parte de una relación de ayuda profesional" (p. 166). Generalmente, los síntomas de estrés postraumático incluyen reexperimentación, cogniciones y estado de ánimo negativos, y excitación (Lewis-Fernandez et al., 2016), que se presentan de manera similar independientemente del trauma primario o secundario (Weitkamp et al., 2014). Por ejemplo, los trabajadores de desastres reportaron síntomas de estrés después de un trauma secundario, como fatiga por compasión, experiencia traumática sustitutiva y agotamiento (Lee et al., 2015). Se encontró que la prevalencia del TEPT en los trabajadores de desastres (incluidos los profesionales de la salud) era de aproximadamente el 10,0 %, lo cual es menor que el de quienes experimentaron directamente el desastre (19,0 % a 39,0 %), pero significativamente mayor que la prevalencia de la población general (1,3 % a 3,5 %) (Lee et al., 2015). Estos hallazgos resaltan la necesidad de una mayor concienciación sobre este problema.

Recientemente, los STS se han vuelto más críticos en cuanto a la práctica clínica y el profesionalismo. A medida que la salud mental del personal sanitario en entornos de atención de urgencias y traumatología se deterioró durante la pandemia de COVID-19, los STS pasaron a considerarse más importantes que nunca en la sociedad actual (Kellogg, 2021). Los STS son una de las principales razones por las que muchos profesionales sanitarios abandonan sus trabajos (Figley, 1999). Incluso las enfermeras con experiencia no son inmunes a un alto nivel de STS (Barleycorn, 2019); por lo tanto, es importante desarrollar intervenciones preventivas para todas

las enfermeras, desde las principiantes hasta las expertas, con el fin de promover una mejor salud mental y satisfacción laboral (Mealer y Jones, 2013).

Aunque existe una revisión sistemática de STS en enfermeras (Beck, 2011), existen varias limitaciones. En primer lugar, esta revisión sistemática se centró en enfermeras generales en lugar de grupos más vulnerables, como las que trabajan en departamentos de emergencia y unidades de cuidados traumáticos. En segundo lugar, todavía es necesario mejorar el consenso sobre la conceptualización, la operacionalización y la identificación de factores modificables de STS. Los conceptos de STS y fatiga por compasión a menudo se mezclan, sin definiciones claras. Además, STS y fatiga por compasión se confunden con trauma vicario y agotamiento (Ormiston et al. 2022). El propósito general de realizar revisiones de alcance es identificar y mapear la evidencia disponible (Arksey y O'Malley, 2005; Armstrong et al. 2011; Munn et al. 2018). Por lo tanto, es necesario identificar el alcance adecuado del estado actual de la literatura sobre el tema. Una revisión de alcance es beneficiosa para examinar la evidencia emergente de estudios muy recientes cuando aún no está clara; Los hallazgos podrían determinar la etapa preliminar de futuras revisiones sistemáticas (Arksey y O'Malley, 2005; Armstrong et al. 2011; Munn et al. 2018).

1.1. Definición del estrés postraumático Secundario (STS)

El estrés traumático secundario (STS), también denominado *traumatización vicaria*, hace referencia a las modificaciones que experimenta un profesional al trabajar con personas afectadas, integrando en este proceso un compromiso y una responsabilidad de brindar ayuda. Con el tiempo, esta situación puede repercutir en su bienestar físico, psicológico y emocional. Por ello, resulta fundamental que quienes ejercen estas labores comprendan y sean conscientes de este fenómeno, ya que no solo puede impactar de forma individual, sino también extenderse a su entorno familiar, a la organización en la que trabajan y a los destinatarios de sus servicios. El STS no se limita a una reacción aislada frente a una persona, un relato o un acontecimiento concreto, sino que responde a la acumulación de interacciones interpersonales con supervivientes de catástrofes, violencia o contextos de gran sufrimiento. Su origen se vincula estrechamente con la empatía, entendida

como la capacidad de identificarse con el otro, comprenderlo y compartir tanto sus emociones positivas como su dolor.

El STS puede intensificarse cuando, a pesar del compromiso y la responsabilidad de ayudar, no siempre es posible alcanzar los resultados deseados. Esta situación genera, en muchos casos, expectativas poco realistas tanto de los demás como de uno mismo, lo que puede derivar en sentimientos de frustración, sobrecarga o desesperanza frente a necesidades extremas. En este sentido, el exceso de autoexigencia, aun con buenas intenciones, puede afectar tanto el bienestar personal como los intereses de quienes reciben la ayuda (Figley, 2002). Uno de los aspectos más relevantes del estrés traumático secundario radica en los cambios que produce en la escala de valores de la persona, afectando profundamente su percepción de la esperanza, de la vida y de la visión del mundo.

Este fenómeno tiende a ser más crítico en personas que:

- Evitan enfrentar emociones conflictivas o problemas y poseen un locus de control externo, responsabilizando a otros de sus dificultades o distanciándose en situaciones complicadas.
- Han vivido experiencias traumáticas previas.
- Se identifican de manera intensa con las pérdidas o sufrimientos ajenos, mostrando mayor vulnerabilidad.
- Afrontan niveles elevados de estrés en otros ámbitos de su vida.
- Carecen de propósito vital, esperanza o motivación, lo cual constituye un factor de riesgo relevante.
- No cuentan con redes de apoyo social ni con relaciones interpersonales positivas que les brinden contención.
- No mantienen límites claros entre vida personal y laboral, o alimentan expectativas poco realistas sobre su desempeño profesional.
- Presentan dificultades para comprender las diferencias interculturales en la manera de expresar el dolor, recibir apoyo o brindar ayuda.

Diversos estudios han evidenciado que los profesionales de ayuda que mantienen contacto frecuente con supervivientes de situaciones traumáticas presentan un mayor riesgo de desarrollar un STS prolongado (Pearlman y McKay, 2008). Asimismo, cuando las instituciones carecen de una cultura de gestión adecuada, de políticas de apoyo al personal y de canales efectivos de comunicación, se incrementa la probabilidad de que los trabajadores padezcan esta afectación.

En términos generales, el trabajo de asistencia suele estar marcado por la capacidad de tolerar situaciones adversas, la tendencia a descuidarse a sí mismos, la exposición a riesgos y la negación de las propias necesidades. Estas características, aunque valoradas en ciertos contextos, pueden intensificar los efectos del estrés traumático secundario, convirtiéndolo en una problemática de gran impacto en el ámbito profesional y personal.

1.2. Sintomatología del STS

Dentro de la sintomatología más común asociada al STS, Pearlman y McKay (2008) destacan los siguientes aspectos:

- Dificultad para gestionar adecuadamente las emociones.
- Problemas de aceptación personal y de bienestar consigo mismo/a.
- Complicaciones en la toma de decisiones acertadas.
- Obstáculos en el establecimiento de límites tanto con los demás como con uno mismo (por ejemplo, asumir responsabilidades excesivas, dificultad para desconectarse al finalizar la jornada laboral o intentar controlar la vida de otras personas).
- Conflictos en las relaciones interpersonales.
- Manifestaciones físicas como dolores, mayor propensión a accidentes o aparición de enfermedades.
- Problemas para mantener una conexión con el entorno y la realidad circundante.
- Sentimientos de desesperanza y pérdida del propósito vital.

Estos síntomas no solo afectan al individuo, sino que también repercuten en el ámbito profesional, perjudicando al equipo de emergencias, al rendimiento general del servicio y a la calidad de la atención ofrecida. Asimismo, tienen un impacto en la forma de relacionarse con el entorno cercano, generando tensiones en los vínculos con amigos y familiares.

1.3. Modos de afrontamiento STS

El afrontamiento del STS hace referencia al conjunto de estrategias orientadas tanto a prevenir el agravamiento del trastorno como a favorecer su manejo en los momentos en que se manifiesta con mayor intensidad. Para que una estrategia sea realmente efectiva debe incluir acciones que promuevan el cuidado personal, priorizando aquellas que faciliten la evasión, el descanso, la relajación y la liberación del estrés acumulado (Pearlman y McKay, 2008).

Entre estas medidas se destacan distintas prácticas. En primer lugar, la evasión, entendida como la capacidad de poner distancia, ya sea física o mental, respecto a la rutina laboral. Esto puede lograrse mediante actividades como ver películas o series, leer, practicar algún deporte, disfrutar de un tiempo libre o compartir momentos con amigos hablando de temas ajenos al trabajo. El descanso, por su parte, constituye otro recurso esencial; dormir de manera adecuada, permitirse una siesta, pasear sin rumbo fijo, acudir a la playa, realizar actividades recreativas, recibir un masaje o simplemente disfrutar en un entorno relajado contribuyen a la recuperación física y mental. También es importante participar en experiencias de carácter lúdico y social, como la risoterapia, los juegos con niños, la práctica de actividades físicas en grupo o cualquier actividad que despierte la creatividad y fomente la interacción.

Ahora bien, el afrontamiento del estrés traumático secundario no se limita a mitigar sus efectos, sino que también puede conllevar un proceso de transformación personal. Este fenómeno, denominado cambio del STS, supone cuestionar las propias creencias sobre la vida, el sentido existencial y la esperanza. En este contexto, resulta fundamental encontrar formas de nutrir la motivación, renovar el optimismo y otorgar significado a la experiencia cotidiana. Según Pearlman y McKay (2008), algunas estrategias útiles son reconocer el valor de la función desempeñada,

fortalecer la interacción con familiares, amistades y compañeros, prestar atención consciente a los pequeños detalles del entorno —como el sonido del mar o del viento—, así como celebrar los momentos de alegría y participar activamente en procesos de duelo o rituales cuando se experimenta una pérdida.

De igual modo, dedicar tiempo a la reflexión mediante la lectura, la escritura o la meditación permite reconectar con las emociones y replantearse los propios ideales. En ocasiones, incluso es necesario enfrentarse a contradicciones internas y someterlas a un análisis crítico. Finalmente, el desarrollo personal mediante estudios, actividades creativas o nuevos proyectos constituye otra vía para reforzar la resiliencia y fomentar un sentido renovado de propósito en la vida y en el trabajo.

1.4. Intervención en el STS

En los últimos años, numerosas instituciones y organizaciones han comenzado a desarrollar programas destinados al abordaje del STS. Sin embargo, al igual que ocurre con las medidas preventivas, gran parte de estas intervenciones presentan similitudes con las estrategias aplicadas en los casos de estrés postraumático.

Los programas de intervención más recientes suelen centrarse en diferentes dimensiones, entre las que destacan la psicoeducación, el compromiso institucional y los grupos de apoyo (Friedman, 2002).

Psicoeducación. Esta dimensión tiene como finalidad proporcionar conocimientos que ayuden a identificar los síntomas y sus posibles causas. No solo busca facilitar herramientas de afrontamiento, sino también abrir espacios donde los profesionales puedan compartir y expresar la huella personal que deja su labor. Aquellas personas que trabajan de manera directa con el sufrimiento humano, como médicos, psicólogos, personal de emergencias y enfermeros, se encuentran particularmente expuestas al STS. Además, cuando alguno de estos profesionales ha atravesado previamente situaciones traumáticas, la probabilidad de desarrollar esta afectación se incrementa de forma notable.

Entrevistas. Otro ámbito de intervención se vincula a las entrevistas estructuradas, adaptadas a protocolos diseñados para momentos críticos como emergencias, accidentes o rescates. En estas instancias, los profesionales tienen la oportunidad de relatar con detalle la experiencia vivida, expresando tanto el impacto cognitivo como emocional. Asimismo, se recoge información sobre las consecuencias que esperan afrontar y las motivaciones que los impulsan a superarlas. Como parte de este proceso, se invita a los participantes a identificar actividades y recursos que resulten útiles para fortalecer su afrontamiento. Estas entrevistas pueden ser realizadas por un orientador externo, por un asesor especializado en programas de apoyo o incluso por un compañero del propio equipo. El reto principal consiste en garantizar un procedimiento confidencial, accesible y libre de estigmatización para quien solicita ayuda.

Afrontamiento grupal. Finalmente, la intervención en grupo se ha mostrado como un recurso altamente eficaz, ya que facilita una comunicación abierta y respetuosa en la que el foco se centra en encontrar soluciones y no en señalar culpables. Este entorno permite expresar de manera clara el apoyo emocional, favoreciendo que las dificultades individuales se entiendan como problemáticas compartidas. De este modo, el grupo se convierte en un espacio de contención donde las experiencias de estrés y las respuestas emocionales no se perciben únicamente como un problema personal, sino como una realidad común que puede ser trabajada colectivamente.

El objetivo de estas intervenciones no se centra en evitar la vivencia traumática experimentada por el paciente, sino en ofrecer un apoyo tanto grupal como individual que facilite la exploración de nuevas formas de afrontamiento (Xie et al., 2021).

El compromiso de la organización constituye otro factor crucial. Aspectos como las normas culturales, los conflictos de rol, la estructura organizativa y el tipo de institución pueden incrementar la probabilidad de desarrollar estrés traumático secundario (Beaton y Murphy, 1995). En el caso de los profesionales de equipos de emergencia, estas circunstancias pueden generar la aparición de la dolencia o incluso dificultar la continuidad en su labor. Por ello, el respaldo institucional y la cohesión organizativa resultan fundamentales para mantener la esperanza de soluciones efectivas y fortalecer la motivación intrínseca de los trabajadores.

Gentry, Baranowsky y Dunning (2002) diseñaron e implementaron el Programa de Recuperación Acelerado de Desgaste por Empatía, cuyos resultados llevaron a la creación de un protocolo de intervención dentro del proyecto Green Cross, coordinado por Figley (Moreno et al., 2004). Este programa busca proporcionar a los profesionales de la asistencia estrategias y procedimientos que favorezcan la recuperación en los ámbitos personal y laboral, abordando tanto la sintomatología como las causas del estrés traumático secundario. Entre los objetivos del programa se incluyen la identificación y comprensión de situaciones, eventos, experiencias internas y personas que refuerzan los síntomas, lo que da lugar a la construcción de la llamada “Línea de Vida Personal”, donde el profesional evalúa su trayectoria y reconoce los factores que contribuyeron al desarrollo del trastorno.

Asimismo, se propone analizar las competencias actuales que pueden mantener los síntomas, con el fin de establecer hábitos de autocuidado en cuatro áreas clave: conexión con los demás, adquisición de habilidades, resolución de conflictos internos y cuidado personal. También se busca identificar los recursos disponibles, tanto internos como externos, que permitan desarrollar resiliencia frente al trauma. El programa contempla, además, el aprendizaje de técnicas innovadoras para reducir la estimulación negativa, el desarrollo de competencias de contención y mantenimiento, y la adquisición de herramientas que faciliten el inicio del autocuidado. Entre estas técnicas se encuentran el EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), destinado a la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares, y el video-diálogo, que permite la autosupervisión y la resolución de conflictos internos. Finalmente, se enfatiza la importancia de fortalecer la autoadministración tras la intervención, consolidando los aprendizajes y asegurando su aplicación en la vida profesional y personal.

El protocolo del programa se estructura en cinco sesiones diseñadas para alcanzar los objetivos previamente señalados. En la primera sesión se realiza un diagnóstico inicial y una valoración del estado de los participantes utilizando herramientas como la escala de Figley (1995) y Baranowsky (1997), la Compassion Fatigue Scale-Revised, la Solution Focused Trauma Recovery Scale de Gentry (1997) y la Silencing Response Scale de Baranowsky (1997).

Durante la segunda sesión se implementa el “programa de vida personal y profesional”, acompañado de un entrenamiento en técnicas de visualización y relajación, además de la definición de los objetivos específicos que se pretenden alcanzar a lo largo del programa. La tercera sesión se centra en la revisión y análisis de los eventos traumáticos vividos, así como en el entrenamiento de estrategias de autorregulación para afrontar estas situaciones. Asimismo, se aplican diversas terapias y técnicas, entre las que se incluyen la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares, la terapia de tiempo limitado al trauma, la terapia de pensamiento de campo con video-diálogo, la hipnoterapia y la visualización cinestésica-visual.

La cuarta sesión se dedica a la revisión integral de todas las habilidades y estrategias adquiridas, evaluando su aplicabilidad en diferentes contextos profesionales y determinando los campos en los que resultan más útiles. Finalmente, en la quinta sesión se lleva a cabo una recapitulación de los objetivos alcanzados, así como el desarrollo de planes para el mantenimiento de los conocimientos adquiridos, las estrategias de autocuidado y las competencias trabajadas a lo largo del programa.

Los resultados obtenidos tras la implementación del programa evidencian que los profesionales adquieren una mayor capacidad para enfrentar las consecuencias tanto del estrés traumático secundario como del primario, contribuyendo además a que desarrollen un estado positivo que favorece su intervención con futuros destinatarios en situación de trauma. El concepto de “autocuidado del profesional” abarca diversas estrategias que permiten mitigar los efectos del estrés y, al mismo tiempo, fortalecer la conciencia y el reconocimiento de sus propias emociones, así como la tolerancia frente a situaciones difíciles. Entre estas estrategias se incluyen la participación en grupos de apoyo donde puedan compartir experiencias de manera informal con colegas, dedicar tiempo a la familia y amigos, practicar deporte y realizar actividades recreativas. La adopción de estas prácticas no solo contribuye a reducir el impacto del estrés generado por situaciones traumáticas, sino que también funciona como medida preventiva. Se concibe el tratamiento como un procedimiento interno dentro de la misma institución, considerando elementos como la correcta planificación de vacaciones, la gestión de bajas por enfermedad, la

psicoeducación continua y la diversificación de las tareas laborales, todo ello en función de las necesidades de los profesionales.

Actualmente, los estudios sobre STS se centran en el diseño y aplicación de programas de prevención de carácter primario, secundario o terciario. Sin embargo, muchas de las intervenciones existentes se basan principalmente en descripciones generales de prevención o en modelos teóricos. Algunos investigadores, como Cohen y Collens (2013), destacan la importancia de abordar la prevención desde el concepto de “sentido de perspectiva”, señalando que la simple aceptación de hechos desagradables no garantiza un afrontamiento adecuado. En determinados casos, esta aceptación puede derivar en una generalización del evento, provocando distorsiones en la percepción de la realidad, la anticipación de peligros y una focalización excesiva en lo que podría suceder, más que en lo que efectivamente ocurre. A nivel institucional, se enfatiza la necesidad de establecer límites en la cantidad de personas atendidas, ya que uno de los factores que contribuyen de manera significativa al desarrollo del estrés traumático secundario es el tiempo prolongado de exposición semanal a personas que han vivido situaciones traumáticas, así como la alta carga de pacientes o usuarios a los que el profesional debe asistir.

Asimismo, se han identificado diversos aspectos fundamentales mediante los cuales las organizaciones pueden contribuir a reducir las consecuencias negativas del STS. Este proceso de prevención contempla el conocimiento tácito, la preparación y la planificación como elementos esenciales. Según Catherall (1995), muchos profesionales de emergencias desconocen la existencia de este tipo de dolencia, lo que dificulta tanto su identificación como la búsqueda de apoyo adecuado. Por ello, la supervisión y el acompañamiento en grupo resultan fundamentales, ya que permiten disminuir la carga emocional y fomentar conexiones más realistas y efectivas entre los integrantes del equipo. Además, es necesario que los programas de prevención se diseñen teniendo en cuenta el contexto social y las dimensiones culturales de los destinatarios, garantizando así su aplicabilidad y efectividad.

Existen diversas estrategias de afrontamiento que favorecen a los profesionales de la asistencia o terapeutas en el desempeño de sus labores. Entre ellas, los sistemas sólidos de creencias, ya sean ideológicos, religiosos u otros, contribuyen a que las personas puedan resistir de manera más

eficaz las consecuencias psicológicas del estrés. Los datos muestran que aproximadamente un 80 % de los profesionales afrontan situaciones traumáticas mediante la indagación, la expresión y la discusión de los casos con colegas, mientras que solo un 20 % opta por derivar a otro compañero la atención de una persona cuyo trauma pueda ser similar al experimentado previamente por el profesional. Los estudios actuales destacan la importancia de considerar las diferencias individuales al diseñar programas de prevención, ajustando las estrategias a las necesidades y características de cada profesional.

Asimismo, el fortalecimiento del apoyo organizacional y de la red social se reconoce como un factor clave en la prevención del STS. No obstante, se observa un matiz de género: para las mujeres, el apoyo social actúa como un factor secundario en función de la dinámica de sus vidas, mientras que los hombres perciben este apoyo como un elemento fundamental. Aunque no es posible evitar por completo la vivencia del STS, las instituciones pueden facilitar su detección y diagnóstico, promoviendo mecanismos de control y ofreciendo los recursos necesarios para que los profesionales canalicen sus experiencias estresantes en un entorno de comprensión y soporte.

Se recomienda la implementación de programas de prevención primaria, cuyo objetivo sea entrenar a los profesionales de emergencias y asistencia en identificar los factores de riesgo y las señales indicadoras de afectación, y enseñarles estrategias para reconocer cuándo su trabajo influye negativamente en su bienestar, al mismo tiempo que se les proporciona información sobre los recursos de apoyo disponibles. De igual modo, resulta crucial la aplicación de programas de prevención secundaria, orientados a brindar a quienes ya presentan estrés traumático secundario herramientas de afrontamiento y competencias emocionales. Finalmente, desde la perspectiva de la prevención terciaria, también se considera importante desarrollar programas de intervención dirigidos a reducir las consecuencias negativas derivadas de esta condición.

1.5. Algunas escalas de medición de STS

Existen diversas herramientas diseñadas para evaluar el STS, destacando las siguientes:

Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004). La Escala de Estrés Traumático Secundario (STSS) fue desarrollada para medir la frecuencia de síntomas de intrusión, evitación y excitación derivados de la exposición indirecta a situaciones traumáticas en el contexto del trabajo clínico con personas traumatizadas. La STSS se fundamenta en el concepto de estrés traumático secundario de Figley (1999) y se considera un trastorno estrechamente relacionado con el desorden por estrés postraumático (PTSD). Los 17 ítems de la escala se diseñaron a partir de los criterios de PTSD establecidos en el DSM-IV-TR (APA, 2000). Quienes responden deben indicar la frecuencia con la que experimentan cada síntoma durante los últimos siete días, utilizando una escala de cinco puntos que va desde 1 (nunca) hasta 5 (muy frecuentemente). La formulación de los ítems y las instrucciones buscan minimizar que los participantes respondan en función de experiencias de traumatización directa.

Impact of Event Scale (IES) y Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). Aunque estas escalas fueron inicialmente diseñadas para medir el trauma vivido de forma directa, han sido utilizadas en estudios sobre fatiga por compasión. La IES es ampliamente utilizada para evaluar el malestar subjetivo asociado con una experiencia traumática singular y se compone de dos subescalas: intrusión y evitación. La subescala de intrusión incluye siete ítems que exploran pensamientos e imágenes no deseadas, sueños, oleadas de emociones, inhibición de conductas y sensación de entumecimiento emocional. Las respuestas se registran en una escala de cuatro puntos, de 0 (nunca) a 5 (muy frecuentemente). La limitación principal de la IES es que no contempla la hiperexcitación, por lo que la IES-R (Weiss, 2004) se desarrolló incorporando siete ítems adicionales para evaluar este componente y uno alineado con el diagnóstico de PTSD según el DSM-III-R. Para su uso en contextos de fatiga por compasión, es fundamental que los participantes enfoquen sus respuestas en el trabajo clínico con personas traumatizadas, evitando que se midan otros tipos de trauma.

Trauma and Attachment Belief Scale (TABS) (Pearlman, 2003). La Escala de Trauma y Fijación de Creencias se basa en la teoría constructivista del autodesarrollo y consta de 84 ítems que buscan identificar interrupciones en los esquemas cognitivos relacionados con cinco áreas de necesidad psicológica: control, estima, intimidad, seguridad y confianza. La escala utiliza un rango de 1

(totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) y ofrece resultados globales y parciales mediante diez subescalas que evalúan necesidades propias y hacia los demás: auto-seguridad, seguridad de los demás, auto-confianza, confianza en los demás, autoestima, estima a los demás, intimidad, intimidad en los demás, control y control de los demás. Inicialmente destinada a personas con experiencias directas de trauma, la TABS también ha sido aplicada en estudios sobre traumatización vicaria para identificar factores intra e interpersonales asociados al estrés traumático secundario.

World Assumptions Scale (WAS) (Janoff-Bulman, 1989). Esta escala de 32 ítems se diseñó para evaluar cambios en los esquemas cognitivos tras la vivencia de traumas y, aunque concebida para personas traumatizadas de manera directa, se ha adaptado para estudiar la traumatización vicaria. El WAS incluye tres subescalas que reflejan distintas perspectivas del mundo: la concepción benevolente del mundo, que evalúa la percepción del equilibrio entre lo bueno y lo malo y la bondad de las personas; el significado del mundo, que examina la justicia, el azar y la controlabilidad de los resultados; y el valor de uno mismo, que se centra en la autoestima, la influencia de la conducta personal sobre los resultados y la percepción de la suerte. Los ítems se responden mediante una escala de seis grados, desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.

1.6. El STS en personal de emergencia (policías)

El estudio que se presenta tiene importancia y vigencia en la actualidad, siendo el centro de interés los policías, específicamente la Policía Nacional. La Policía Nacional es un instituto armado de naturaleza civil, que tiene como misión proteger los derechos y libertades además de garantizar la seguridad ciudadana, tiene una estructura establecida y su ámbito de acción es en todo el territorio nacional. La normativa actual que la sustenta es la Ley Orgánica 9/2012, de 28 de julio, de Régimen de Personal de la Policía Nacional (Ministerio del Interior, 2023).

Esta policía depende del Ministerio del Interior, a través del secretario de Estado de Seguridad. Requiere una formación específica para ejercer las funciones, destacada de otros órganos

policiales por sus características principalmente de actuación urbana (Ministerio del Interior, 2023).

Las competencias de la policía Nacional se han estipulado en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, donde se evidencia que dentro de sus funciones se encuentra la investigación y coordinación en todo el territorio para prevenir y combatir a la delincuencia. Cumple un rol importante en la identificación y documentación de la población y cumplimentan la legislación en materia de extranjería y fronteras. Además, colabora con otras instituciones tanto nacionales e internacionales para garantizar el cumplimiento de los acuerdos.

La estructura contempla un director general, comisarias para las diferentes acciones en las que tiene cabida (información, judicial, seguridad ciudadana, extranjería y fronteras, científica, operaciones y transformación digital, cooperación digital. Además de la subdirección de recursos humanos y formación y de logística e innovación (Ministerio del Interior, 2023).

La exposición a situaciones de alto estrés, desastres o a diferentes eventos traumáticos, como una situación de rehenes, pueden causar estragos en la salud física y psicológica de aquellas personas que se han visto involucradas en estos hechos (Wang et al., 2010). Los policías realizan su labor a diario en entornos con gran sobrecarga emocional y presión cumpliendo con horarios largos que implican una carga física, emocional y psicológica con unas características muy concretas (Torres et al., 2022).

Igualmente, los policías cuentan con esta gran sobrecarga laboral, para atender diferentes situaciones en un solo servicio, el contacto con diferentes personas, los turnos de noche, el número de días de descanso, los conflictos con compañeros y delincuentes y víctimas, además de las situaciones de peligro que viven a diario (Torres et al., 2022). De igual modo, la constante exposición al estrés representa un factor exógeno para el origen de síntomas afectivos (Gómez-Martínez et al, 2015). Por todo ello, se considera que este tipo de profesionales podrían estar en riesgo de padecer síntomas relacionados con trastornos del estado de ánimo, así como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (Gómez-Martínez et al, 2015; Prieto-Callejero et al, 2020).

La calidad de vida laboral es determinante para que surja o no este tipo de trastorno en los trabajadores, Rodríguez-Marín (2008) plantea que se trata de un sentimiento de satisfacción y bienestar del trabajador al realizar sus funciones laborales, teniendo en cuenta dos dimensiones. La primera se refiere a las condiciones físicas y puesto del trabajo (horarios, espacio, mobiliario entre otros) y la segunda se refiere a las condiciones de productividad, esta se relaciona con el bienestar subjetivo ya que parte de la experiencia del trabajador (Rodríguez, 2008). Para el caso específico de este trabajo, será de importancia la segunda dimensión la relacionada con el bienestar subjetivo, ya que si se siente bienestar se logra satisfacción en el trabajo y por lo tanto una calidad de vida laboral, en cambio sí el bienestar subjetivo es negativo, se logra la insatisfacción y por lo tanto no se evidencia una calidad de vida laboral, trayendo consigo situaciones de estrés extremo o aburrimiento, conflictos que originan síndrome de burnout, depresión, ansiedad, o trastorno de estrés post-traumático o ideas suicidas (Embriaco et al, 2015; Mealer et al 2007; Rodríguez, 2008).

Datos confirman que en España la tasa de suicidios entre la Policía Nacional y la Guardia civil en los últimos 10 años, supera en un 60% a la media nacional, ubicándose entre el 2013 y 2022 en un 13,3% por cada 100.000 habitantes frente al 8,3% de la población general (asuntospoliciales.com, 2023).

Cabe resaltar que es poco lo que se hace dentro del cuerpo de policías para reducir las tensiones, ya que se carece, por un lado, de formación inicial para el afrontamiento y, por el otro, de personal especializado que pueda tratar esta clase de problemas (asuntospoliciales.com, 2023).

Ante estos datos desde la Secretaría de Estado de Seguridad, dependiente del Ministerio de Interior puso en marcha el Plan de Promoción de la Salud mental y Prevención de la Conducta Suicida en la Policía y la Guardia Civil, implementándose en el 2018, pero aun así no se ha logrado reducir la incidencia. Se ha encontrado que dentro de las circunstancias se encuentran las personales, pero que el TEPT producto de su labor profesional empeora y desencadena el intento consumado o no del suicidio (Escudero et al., 2018).

Cabe resaltar que la implementación del plan ha sido incipiente porque no se cuentan con recursos para su aplicación, sobre todo lo referente a psicólogos, además de la poca disponibilidad de tiempo de los policías para participar en el programa de prevención (Asuntos policiales.com, 2023).

2. Justificación

El presente trabajo se centra en analizar las tendencias actuales de investigación relacionadas con los STS en trabajadores de emergencia principalmente enfermeros y policías. Cabe destacar que en España los estudios sobre esta población son escasos; por ello, en la revisión sistemática realizada se han incluido investigaciones de otros países que sí han considerado a este colectivo, sirviendo como referencia para la presente investigación.

En Europa, la prevalencia anual del STS se sitúa entre el 0,5% y el 1%, variando en función de factores como la edad, la población o el contexto cultural (APA, 2013). En el ámbito español, la atención primaria registra una prevalencia aproximada del 0,3% (Roca et al., 2009). Este trastorno presenta una elevada comorbilidad, ya que quienes lo padecen tienen un 80% más de probabilidades de desarrollar síntomas asociados a otros trastornos afectivos (APA, 2013). En una investigación con población general, Kessler (1995) encontró que el TEPT coexistía con otros trastornos en el 17% de las mujeres y el 12% de los hombres, destacando la depresión mayor, el consumo de alcohol, la fobia simple y la fobia social como los más frecuentes.

A nivel mundial, la prevalencia a lo largo de la vida se estima en torno al 9,2% para la ideación suicida y al 2,7% para los intentos de suicidio relacionados con STS en trabajadores de emergencia (Nock et al., 2008a). Tanto las ideas suicidas como los intentos previos son factores predictivos de posibles suicidios futuros. Además, los intentos de suicidio suelen acarrear consecuencias graves, como hospitalizaciones, dependencia o lesiones permanentes, representando también una importante carga social y económica (CDC, 2010a; Nock et al., 2008 a,b; OMS, 2014).

Ante esta realidad, es importante plantear un estudio que evidencie los factores asociados a los STS de trabajadores de emergencia teniendo en cuenta las medidas de medición y la operacionalización utilizada, de acuerdo a la definición que se utiliza. Por lo que se plantea dar

respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son las tendencias actuales de investigación relacionadas con los STS en trabajadores de emergencia como las enfermeras y policías?

3. Objetivos

Los objetivos que se han planteado son los siguientes

3.1. Objetivo general

Analizar las tendencias actuales de investigación relacionadas con los STS en trabajadores de emergencia como el personal de enfermería y los policías.

3.2. Objetivos secundarios

1. Identificar la definición teórica de los STS
2. Describir la operacionalización y medición de STS en los trabajadores de emergencia.
3. Determinar los factores multidimensionales asociados con los STS en los trabajadores de emergencia.

4. Pregunta de investigación

Las tres preguntas de investigación son las siguientes:

- (1) ¿Cómo se define STS?
- (2) ¿Cómo se operacionalizó y midió STS en estudios previos?
- (3) ¿Qué factores se asocian con STS?

5. Metodología

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática basada en estudios científicos con el fin de recopilar toda la información sobre STS en trabajadores de emergencias.

5.1. Diseño

5.1.1. Metodología

La revisión bibliográfica que sustenta este trabajo se realizó siguiendo las recomendaciones de la Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis), que establece criterios estandarizados para mejorar la calidad, transparencia y reproducibilidad de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Esta guía ha servido como referencia para estructurar la investigación enfocada en enfermería y estrés traumático secundario en trabajadores de emergencia.

Para formular la pregunta de investigación se aplicó la estrategia PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome): ¿Cuáles son los factores y estrategias relacionados con el estrés traumático secundario más relevantes en enfermeros que trabajan en servicios de emergencia, y cómo se relacionan con su desempeño y bienestar?

El inicio de la revisión implicó seleccionar palabras clave que definieran claramente la temática, permitiendo obtener resultados precisos mediante las bases de datos consultadas. Se utilizaron descriptores en ciencias de la salud (DeCS), combinados con el operador booleano “AND” para optimizar la búsqueda y garantizar la estandarización de los términos.

5.1.2. Fuentes consultadas

La búsqueda se realizó en bases de datos nacionales e internacionales especializadas en salud y enfermería. La principal base utilizada fue PubMed, reconocida como la más completa en el ámbito sanitario, complementada con Cinahl, dado que ambas recuperan aproximadamente el 50% de referencias sin solaparse, logrando búsquedas complementarias (Soria et al., 2012). Además, se

consultaron Scopus, Cochrane y Scielo para incluir evidencia de distintos países y contextos clínicos.

Se aplicaron filtros para limitar los resultados a los últimos diez años, incluyendo únicamente estudios realizados en humanos y publicados en español o inglés, que abordaran específicamente el estrés traumático secundario en profesionales de emergencia.

5.1.3. Estrategia de búsqueda

Los documentos seleccionados corresponden a artículos en texto completo, en español o inglés, enfocados en enfermeros de urgencias y estrés traumático secundario. Para la búsqueda se combinaron términos como: Secondary Traumatic Stress + nursing + emergency department.

Se emplearon cuatro estrategias diferentes en las bases de datos seleccionadas:

1. "secondary traumatic stress"[MeSH Terms] OR Secondary Traumatic Stress[Text Word]
2. "nurse's role"[MeSH Terms] OR emergency [Text Word]
3. "secondary traumatic stress"[MeSH Terms] AND " emergency-patient relations"[Text Word]
4. "stress management"[MeSH Terms] AND "emergency police "[MeSH Terms] OR Emergency policy [Text Word]

Los resultados obtenidos de la búsqueda se resumen en la tabla 1

Tabla 1. Bases de datos de búsqueda

BASE DE DATOS/MOTOR DE BÚSQUEDA	N.º DE BÚSQUEDAS	N.º DE ARTÍCULOS
PubMed	207.976	45
Cochrane	138.000	23
Scopus	58.700	10

BASE DE DATOS/MOTOR DE BÚSQUEDA	N.º DE BÚSQUEDAS	N.º DE ARTÍCULOS
Scielo	50	12
Cinahl	28.220	5
Total	432.946	95

Fuente: Elaboración propia

Esta metodología permitió seleccionar estudios que aporten evidencia sobre la incidencia, factores de riesgo, consecuencias y estrategias de afrontamiento del estrés traumático secundario en trabajadores de emergencia, así como su impacto en la calidad asistencial y en el bienestar del personal.

5.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios establecidos son:

Criterios de inclusión:

1. Estudios publicados en inglés y español.
2. Investigaciones centradas en el estrés traumático secundario (STS) y los factores asociados a su desarrollo.
3. Estudios que incluyan específicamente a personal de trabajadores de emergencia.

Criterios de exclusión:

1. Estudios realizados en entornos comunitarios o en servicios de emergencia.
2. Investigaciones que aborden únicamente el trauma primario en el personal de emergencia, sin referencia al STS.
3. Revisiones bibliográficas o metaanálisis.

4. Literatura gris, incluyendo informes no publicados, tesis, resúmenes de conferencias o documentos internos.

5.3. Diagrama de flujo

Se identificaron inicialmente 220 estudios relacionados con el estrés traumático secundario en personal de enfermería de servicios de urgencias a través de bases de datos en línea. En la primera fase de selección, se eliminaron 56 estudios duplicados, quedando 164 artículos para su análisis posterior.

Durante la segunda fase, se revisaron los títulos y resúmenes, descartando 98 estudios por no estar directamente relacionados con el tema de investigación, dejando un total de 66 artículos. En la tercera fase, tras la lectura completa de los textos, se excluyeron 45 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo 21 artículos.

Finalmente, en la cuarta fase, se evaluó la calidad metodológica de los estudios, descartando 7 artículos que no alcanzaban los estándares requeridos. Por lo tanto, para la revisión sistemática se incluyeron 14 artículos que cumplen con todos los criterios y que serán analizados en profundidad.

Para evaluar la calidad metodológica de estos artículos se ha utilizado la escala PEDro, la cual está relacionada con la lista Delphi. Mediante este método se evaluó la validez metodológica y evidencia de los diferentes artículos. Se basa en 11 ítems a los cuales hay que responder con SÍ o NO, según el cumplimiento del criterio en cuestión.

A excepción del primero, cada ítem es evaluado como ausente o presente y la puntuación total se incluye en el rango= 0-10 puntos, ya que el primer ítem no se toma en consideración para calcular el total de la puntuación, pues este criterio tiene gran influencia en la validez externa no siendo así en la validez interna, para que se considere que los estudios que tengan bajo riesgo y por lo tanto, sean considerados con una alta calidad metodológica, la puntuación debe ser igual o mayor a 5.

En el análisis de los estudios aquí comparados, la puntuación obtenida por la escala PEDro se refleja en la siguiente Tabla 2 con un valor mínimo de 8 y máximo de 10.

Tabla 2. Puntuación en la Escala PEDro

Investigadores	Asignación aleatoria	Ocultación de la asignación	Grupos homogéneos al inicio	Cegamiento de los participantes	Cegamiento de los terapeutas	Cegamiento de los evaluadores	Seguimiento adecuado	Análisis por intención de tratar	Comparación entre grupos	Variabilidad y puntos estimados
Subid y otros (2023)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
López et al. (2022)	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Lee, Lee y Jang (2021)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Woo y Kim (2021)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Jobe y otros (2021)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Ratrout y Hamdan-Mansour (2020)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Borges y otros (2019)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1

Abordaje Terapéutico del Estrés Traumático Secundario (STS) en profesionales de emergencia

Duffy y otros (2015)	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Hinderer y otros (2014)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
van der Wath y otros (2013)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
von Rueden y otros (2010)	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Domínguez- Gómez y Rutledge (2009)	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Steyn, R., Vawda, G. N., Wyatt, E., & Williams, J. K. (2013).	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1
Guerrero-Barona et al., (2021).	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 1, se presenta en detalle a través del Prisma la selección de los artículos

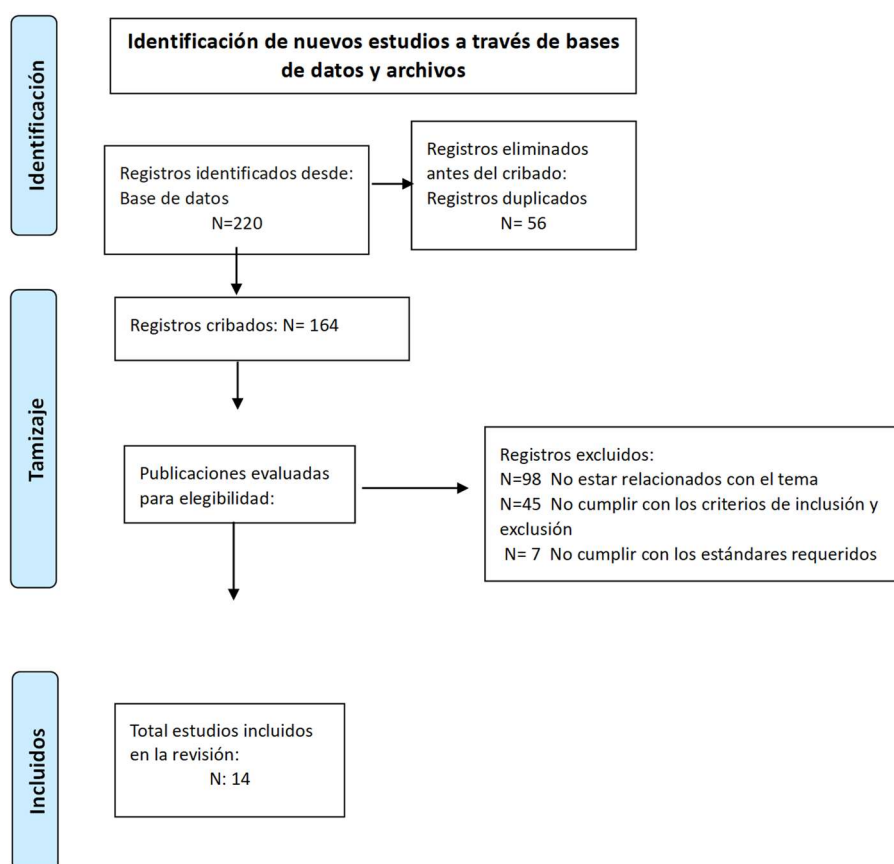


Figura 1. Prisma

Fuente: Elaboración propia

6. Resultados

Los 14 estudios incluidos se publicaron entre 2009 y 2023, con aproximadamente la mitad (50%) publicados en los últimos cinco años (Tabla 1). La mayoría de los estudios provinieron de Estados Unidos (cinco estudios, 35,7%), mientras que dos se realizaron en Corea del Sur y Jordania (14,3%) y uno en Portugal, Sudáfrica, Irlanda y España (7,1% cada uno). La mayoría de los trabajos (once, 78,6%) fueron cuantitativos, y uno tuvo un enfoque cualitativo. Los tamaños de muestra variaron entre 11 y 440 participantes, según el diseño del estudio. Entre los 12 estudios cuantitativos que

evaluaron STS o constructos relacionados, cuatro emplearon la ProQOL-5 para medir la calidad de vida profesional, otros cuatro utilizaron la STSS, y algunos recurrieron al Inventario de Penn o la IES-R enfocados 12 en enfermeros y 2 en policías. Además, dos estudios abordaron el PTSD y la ideación suicida en policías, ofreciendo información relevante sobre factores personales, ocupacionales y sintomáticos, aunque no midieron STS directamente (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021).

Tabla 3. Características generales de los artículos

N° de identificación	Primer autor/año	País	Diseño del estudio	Participantes				
				Tamaño de la muestra (respondida)	Departamento	Año de ejercicio de la enfermería, media (DE)	Herramienta de medición STS	Puntuación STS, media (DE)
1	Subih y otros (2023)	Jordán	Cuantitativo y transversal	203	Departamento de urgencias	4.3 (3.5)	Escala de Calidad de Vida Profesional-5	29.7 (5.1)
2	López et al. (2022)	Estados Unidos	Cuantitativo y transversal	50	Departamento de urgencias	—	Escala de Calidad de Vida Profesional-5	24.5 (5.4)
3	Lee, Lee y Jang (2021)	Corea del Sur	Cuantitativo y transversal	219	Centro de traumatología	2,72 (0,9)	Escala de Calidad de Vida Profesional-5	25,79 (5,3)
4	Woo y Kim (2021)	Corea del Sur	Cuantitativo y transversal	186	Centro de traumatología	—	Escala STS	49,62 (12,4)

N° de identificación	Primer autor/año	País	Diseño del estudio	Participantes				
				Tamaño de la muestra (respondida)	Departamento	Año de ejercicio de la enfermería, media (DE)	Herramienta de medición STS	Puntuación STS, media (DE)
5	Jobe y otros (2021)	Estados Unidos	Cuantitativo y transversal	255	Departamento de urgencias	—	Escala de impacto de eventos revisada	19.1 (16.4)
6	Ratrout y Hamdan-Mansour (2020)	Jordán	Cuantitativo y transversal	202	Departamento de urgencias	5.4 (4.8)	Escala STS	46 (12.5)
7	Borges y otros (2019)	Portugal	Cuantitativo y transversal	87	Departamento de urgencias	13.9 (6.1)	Escala de Calidad de Vida Profesional-5	23,9 (5,5)
8	Duffy y otros (2015)	Irlanda	Cuantitativo y transversal	105	Departamento de urgencias	19 (8.1)	Escala STS	45,98 (14,1)

N° de identificación	Primer autor/año	País	Diseño del estudio	Participantes				
				Tamaño de la muestra (respondida)	Departamento	Año de ejercicio de la enfermería, media (DE)	Herramienta de medición STS	Puntuación STS, media (DE)
9	Hinderer y otros (2014)	Estados Unidos	Cuantitativo y transversal	128	Centro de traumatología	12.0 (10.7)	Inventario de Penn	18.5 (10.2)
10	van der Wath y otros (2013)	Sudáfrica	Cualitativo y transversal	11	Departamento de urgencias	—	Entrevista	—
11	von Rueden y otros (2010)	Estados Unidos	Cuantitativo y transversal	262	Centro de traumatología	12.0 (10.7)	Inventario de Penn	18.5 (10.2)
12	Domínguez-Gómez y Rutledge (2009)	Estados Unidos	Cuantitativo y transversal	67	Departamento de urgencias	14 (10.4)	Escala STS	37,4 (11,0)

N° de identificación	Primer autor/año	País	Diseño del estudio	Participantes				
				Tamaño de la muestra (respondida)	Departamento	Año de ejercicio de la enfermería, media (DE)	Herramienta de medición STS	Puntuación STS, media (DE)
13	Steyn, R., Vawda, G. N., Wyatt, E., & Williams, J. K. (2013).	Sudáfrica	Estudio Transversal	105	Policía (diversos departamentos)	No aplica	No se aplicó STS (PTSD y suicidal ideation)	No aplica
14	Guerrero-Barona et al., (2021).	España	Estudio Transversal	440	Policía (diversos departamentos)	No aplica	No se aplicó STS (PTSD y suicida ideation)	No aplica

Fuente: Elaboración propia

Pocos estudios se basaron en marcos teóricos como el Modelo Transaccional Revisado de Estrés Laboral y Afrontamiento (Goh et al., 2010) y el Marco Ecológico del Modelo de Trauma (Dutton y Rubinstein, 2013). Además, dos estudios emplearon un marco conceptual basado en una revisión bibliográfica. La mayoría de los estudios seleccionados utilizaron la definición de Figley (1995) de STS como una reacción normal a un evento anormal que ocurre cuando las personas experimentan o presencian incidentes altamente angustiantes, como el cuidado de pacientes con trauma. En ocho estudios (Dominguez-Gomez y Rutledge , 2009; Duffy et al., 2015; Hinderer et al., 2014; Jobe et al., 2021 ; Lee, Lee y Jang , 2021; Ratrouy y Hamdan-Mansour , 2020; van der Wath et al., 2013 ; von Rueden et al., 2010), la STS se consideró un concepto separado de la fatiga por compasión, y en cuatro estudios (Borges et al., 2019; Lopez et al., 2022; Subih et al., 2023; Woo y Kim , 2021), la STS se consideró un componente de la fatiga por compasión.

Los estudios analizados se sustentan en distintos enfoques teóricos que orientan la comprensión del estrés traumático secundario (STS) en el ámbito de la salud. Subih y colaboradores (2023) emplearon un marco conceptual propio, diseñado por el investigador, para examinar el impacto de variables demográficas, laborales y de salud en la manifestación del STS.

De manera similar, Woo y Kim (2021) desarrollaron un marco conceptual original con el propósito de identificar y analizar los factores que contribuyen al STS entre enfermeras que trabajan en centros regionales de trauma.

Por su parte, Jobe y colegas (2021) aplicaron el modelo transaccional revisado del estrés laboral y afrontamiento, el cual permitió evaluar la influencia de las evaluaciones primarias y secundarias sobre el STS en enfermeras de urgencias, así como la efectividad de las estrategias de afrontamiento utilizadas para reducir el impacto del estrés.

En el estudio de Ratrouy y Hamdan-Mansour (2020), se adoptó el marco ecológico del modelo de trauma para analizar la relación entre factores personales y organizacionales y su papel en el desarrollo del STS, en función del nivel de exposición a material traumático.

Asimismo, Hinderer y colaboradores (2014) modificaron la teoría del estrés traumático secundario con el fin de explorar cómo las características individuales y del entorno, junto con las estrategias de afrontamiento y la exposición a eventos traumáticos, influyen en la aparición del STS entre las enfermeras de trauma.

Finalmente, von Rueden y sus coautores (2010) también aplicaron el marco ecológico del modelo de trauma para examinar la influencia de la exposición a lesiones traumáticas de otros, las estrategias de afrontamiento y las características personales y ambientales en las reacciones de STS.

Los factores asociados al STS se clasificaron en factores personales, ocupacionales y sintomáticos. Se clasificaron según el método de investigación publicado previamente (Joseph et al., 2022), y se añadieron los factores sintomáticos considerando el tema del STS; se han realizado numerosos estudios sobre síntomas relacionados.

Los factores personales incluyeron características demográficas como la edad, el sexo y el estado civil; características sociales como el apoyo social de familiares, amigos y compañeros de trabajo; características relacionadas con la salud como las comorbilidades y características conductuales como las estrategias para aliviar el estrés, el uso de terapia y las estrategias de manejo del estrés. Entre los factores personales, la edad y el sexo fueron los más citados, con correlaciones significativas observadas en varios estudios. Por ejemplo, Borges et al. (2019) encontraron que las enfermeras más jóvenes y las enfermeras mujeres presentaron puntuaciones significativamente más altas en la escala STS.

Los factores ocupacionales incluyeron características organizativas como el tipo de hospital, su ubicación y el grupo de enfermería; características profesionales como el turno de trabajo, la duración del mismo y la duración de la práctica enfermera; y características psicosociales como el apoyo organizativo, la satisfacción laboral y el deseo de rotación laboral. Los años de experiencia y el turno de trabajo fueron los factores más mencionados.

Además, en cuatro estudios se incluyeron factores sintomáticos como factores asociados con el STS. El agotamiento, la fatiga por compasión y la satisfacción por compasión se incluyeron como

factores correlacionados con el STS. En la Tabla 2 se muestran más detalles, incluyendo los tipos de factores y su importancia.

Finalmente, se incluyeron dos estudios sobre policías (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021) aportaron información relevante sobre factores personales, ocupacionales y sintomáticos relacionados con PTSD e ideación suicida, complementando la comprensión de cómo la exposición a eventos traumáticos puede afectar a profesionales en contextos distintos a la enfermería.

Tabla 4. Factores asociados al STS.

N° de identificación	Autor/año	Factores personales	Factores ocupacionales	Factores sintomáticos
1	Subih y otros (2023)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad, género, nivel educativo y estado civil • Fumar y el IMC • <i>Comorbilidades (-)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Años de experiencia en urgencias y duración del turno • Tipo de hospital 	
2	López et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad, estado civil y número de hijos que viven en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de empleado a tiempo completo y años de experiencia • Ubicación del hospital • <i>Turno de trabajo (mediodía > día) (+)</i> 	<i>Agotamiento (+)</i> Satisfacción por compasión
3	Lee, Lee y Jang (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Experiencia traumática 	<ul style="list-style-type: none"> • Total de años clínicos 	<i>Agotamiento (+)</i> Satisfacción por compasión
4	Woo y Kim (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad, género, estado civil, religión y nivel educativo • <i>Exposición a eventos traumáticos (+)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo total de trabajo como enfermero/a, periodo de trabajo en un centro 	

N° de identificación	Autor/año	Factores personales	Factores ocupacionales	Factores sintomáticos
5	Jobe y otros (2021)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Personalidad tipo D (+)</i> • <i>Método de afrontamiento centrado en el problema (+) y método de afrontamiento disfuncional (+)</i> • <i>Apoyo social de familiares y amigos (-)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Demandas cognitivas (evitación), Manejo/gestión de la carga de trabajo (intrusión, evitación) • <i>Demandas cognitivas (intrusión, hiperactivación) (-), Gestionar la carga de trabajo (hiperactivación) (-)</i> • Seguridad y comunicación con pacientes y visitantes (intrusión, evitación, hiperactivación) y Seguridad y competencia (hiperactivación) 	<p>regional de traumatología y lugar de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lugar de trabajo deseado (-), satisfacción con el trabajo (-) y deseo de rotación laboral (+)</i> • <i>Apoyo social de los compañeros de trabajo (-) y de los supervisores y el jefe (-)</i> 	

N° de identificación	Autor/año	Factores personales	Factores ocupacionales	Factores sintomáticos
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Seguridad y competencia (intrusión y evitación) (+)</i> 		
6	Ratrout y Hamdan-Mansour (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social percibido • Historia de trauma y exposición al trauma • <i>Empatía (+) y afrontamiento (-)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción laboral y deseo de mudarse • Apoyo organizativo y calidad de la atención • <i>Ausentismo laboral (+), días de baja por enfermedad (+)</i> 	
7	Borges y otros (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edad (+) y sexo (femenino) (+)</i> • <i>Tener actividades de ocio (-)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Experiencia laboral (-)</i> 	Satisfacción por compasión Agotamiento

N° de identificación	Autor/año	Factores personales	Factores ocupacionales	Factores sintomáticos
8	Duffy y otros (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Estrategias para aliviar el estrés (considerar cambiar de carrera, buscar ayuda de un consejero para el estrés relacionado con el trabajo y considerar que el alcohol ayuda a aliviar el estrés relacionado con el trabajo) (+)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Grupo de enfermería (Enfermera de planta > Enfermera practicante avanzada > Enfermera pediátrica > Enfermera partera certificada) (+)</i> 	
9	Hinderer y otros (2014)			<i>Agotamiento (+)</i> <i>Fatiga por compasión (+)</i> <i>Satisfacción por compasión (-)</i>
10	van der Wath y otros (2013)		<ul style="list-style-type: none"> <i>Observando las lesiones físicas y el dolor emocional causados por la violencia de pareja</i> 	

N° de identificación	Autor/año	Factores personales	Factores ocupacionales	Factores sintomáticos
11	von Rueden y otros (2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Edad, etnia, género, nivel educativo y estado civil • Estrategias para aliviar el estrés (ejercicio, religión, meditación, viajes, asesoramiento profesional y alcohol) • <i>Apoyo social de familiares y amigos (-), Estrategias para aliviar el estrés (pasatiempos) (-) y Estrategias para aliviar el estrés (+)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar tiempo en la atención directa al paciente • Duración del turno habitual y años en el puesto actual • Apoyo social de los compañeros de trabajo • <i>Total de años en enfermería (-), total de años en enfermería de trauma (-)</i> 	
12	Domínguez-Gómez y Rutledge (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Etnicidad y nivel educativo • Uso de estrategias de asesoramiento y gestión del estrés • <i>Sexo (femenino) (+)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Turno de trabajo 	
13	Steyn, R., Vawda, G. N., Wyatt, E., & Williams, J. K. (2013).	<ul style="list-style-type: none"> • Edad, género, historia personal de trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a situaciones traumáticas en servicio policial 	Síntomas de PTSD, ideación suicida

N° de identificación	Autor/año	Factores personales	Factores ocupacionales	Factores sintomáticos
14	Guerrero-Barona et al., (2021).	<ul style="list-style-type: none"> Edad, género, estrategias de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a estrés laboral, carga de trabajo 	Ideaación suicida, ansiedad, depresión

Fuente: Elaboración propia

- *Nota:* (+) correlación positiva con la puntuación STS; (-) correlación negativa con la puntuación STS. La cursiva resalta el factor estadísticamente significativo.
- Abreviatura: STS, estrés traumático secundario.

En los estudios incluidos se identificaron múltiples factores asociados al estrés traumático secundario (STS), los cuales pueden agruparse en tres categorías principales: personales, ocupacionales y sintomáticos. Esta clasificación permite comprender cómo distintos elementos individuales, contextuales y clínicos influyen en la aparición y severidad del STS en profesionales expuestos a eventos traumáticos.

Factores personales

Los factores individuales más frecuentes incluyen la edad, el género, el estado civil, el nivel educativo y la historia de exposición a experiencias traumáticas. La mayoría de los estudios sugieren que las mujeres y los profesionales más jóvenes presentan puntuaciones más altas de STS. Por ejemplo, Borges et al. (2019) y Domínguez-Gómez y Rutledge (2009) reportaron correlaciones positivas significativas entre estos factores y la presencia de STS. Además, aspectos como comorbilidades de salud, hábitos conductuales (por ejemplo, fumar o índice de masa corporal elevado), personalidad tipo D y estrategias de afrontamiento influyen de manera notable en la susceptibilidad al STS (Subih et al., 2023; Woo y Kim, 2021). La exposición previa a eventos traumáticos y la experiencia directa con situaciones de alto estrés también se asociaron con mayores niveles de STS, tal como observaron Lee, Lee y Jang (2021) y Ratrout y Hamdan-Mansour (2020).

En los estudios realizados en policías, Steyn et al. (2013) y Guerrero-Barona et al. (2021) identificaron que la edad, el género y las estrategias de afrontamiento se relacionan con la aparición de síntomas de PTSD, ansiedad, depresión e ideación suicida, evidenciando que la influencia de los factores personales se extiende a contextos laborales fuera del ámbito sanitario. Esto sugiere que, aunque los entornos y las profesiones difieren, la vulnerabilidad individual a eventos traumáticos mantiene patrones consistentes.

Factores ocupacionales

Entre los factores relacionados con el entorno laboral, los estudios destacan el tipo de institución, la ubicación del centro de trabajo, los años de experiencia, la duración y el tipo de turno, así como la carga laboral y el apoyo organizativo. Subih et al. (2023) y Woo y Kim (2021) señalaron que los periodos prolongados de trabajo y la exposición continua a situaciones traumáticas aumentan los niveles de STS. López et al. (2022) y Domínguez-Gómez y Rutledge (2009) identificaron que el tipo de contrato y los turnos de trabajo pueden afectar directamente la experiencia del estrés traumático. De manera similar, en los estudios sobre

policías, la exposición diaria a situaciones estresantes y a riesgos de trauma contribuyó a la presencia de síntomas de PTSD y de ideación suicida (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021), subrayando la relevancia del contexto laboral y las demandas asociadas a la profesión.

Otros elementos ocupacionales incluyen la organización de los equipos, el nivel de autonomía, el apoyo de supervisores y colegas, y la satisfacción laboral. Woo y Kim (2021) observaron que un bajo apoyo social dentro del entorno de trabajo se relaciona con mayores niveles de STS, mientras que el deseo de rotación laboral y la insatisfacción laboral se vincularon con la intensificación de los síntomas. En enfermería, el tipo de unidad, la cantidad de tiempo en contacto directo con pacientes y la exposición a eventos traumáticos repetidos fueron determinantes clave, de acuerdo con los hallazgos de von Rueden et al. (2010) y Hinderer et al. (2014).

Factores sintomáticos

El tercer grupo de factores corresponde a manifestaciones clínicas y sintomáticas asociadas al STS. Entre ellos destacan el agotamiento, la fatiga por compasión, la satisfacción por compasión, la ansiedad, la depresión y la ideación suicida. Woo y Kim (2021), López et al. (2022) y Lee, Lee y Jang (2021) evidenciaron que la fatiga emocional y la insatisfacción por compasión correlacionan positivamente con los niveles de STS, mientras que ciertas estrategias de afrontamiento y el apoyo social pueden funcionar como factores protectores. En los estudios sobre policías, los síntomas observados incluyeron PTSD, ideación suicida, ansiedad y depresión (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021), indicando que la exposición a eventos traumáticos puede generar manifestaciones clínicas relevantes incluso fuera del contexto hospitalario.

Integración de hallazgos

En conjunto, los resultados muestran que el STS es producto de la interacción de factores personales, ocupacionales y sintomáticos. Los elementos individuales, como la edad, el género y la historia de exposición a trauma, se combinan con la naturaleza del entorno laboral y la carga emocional para determinar la intensidad y frecuencia de los síntomas. Además, la evidencia de estudios en policías refuerza que, independientemente del contexto profesional, la exposición sostenida a eventos traumáticos y la interacción de estos factores aumentan la

vulnerabilidad psicológica, resaltando la necesidad de estrategias de prevención, apoyo organizativo y manejo de estrés adaptadas a cada profesión.

En resumen, la comprensión del STS requiere considerar la interacción compleja entre características individuales, demandas laborales y manifestaciones clínicas, lo que permite orientar intervenciones más precisas y efectivas para los profesionales de emergencias expuestos a situaciones traumáticas, tanto en el ámbito sanitario como en otros entornos de alto riesgo.

Aunque los factores asociados al estrés traumático secundario (STS) se han estudiado en diferentes profesiones expuestas a traumas, se observa que la mayoría de los estudios más representativos se han centrado en enfermería, especialmente en unidades de urgencias, cuidados críticos y traumatológicos. Estos estudios proporcionan evidencia consistente sobre los factores personales, ocupacionales y sintomáticos que influyen en el STS, incluyendo la edad, el género, la experiencia laboral, la duración del turno, la exposición directa a eventos traumáticos y las estrategias de afrontamiento. La riqueza de información en enfermería permite un análisis más profundo de la interacción entre factores individuales, laborales y clínicos, ofreciendo una base sólida para intervenciones preventivas y programas de apoyo dirigidos a este grupo profesional.

En contraste, la evidencia sobre STS en policías y otros trabajadores de emergencias es más limitada. Los estudios disponibles, como los realizados por Steyn et al. (2013) y Guerrero-Barona et al. (2021), se enfocan principalmente en PTSD, ideación suicida y ansiedad, aunque proporcionan información valiosa sobre factores personales y ocupacionales, no abordan directamente el STS ni permiten comparaciones completas con los hallazgos en enfermería. Esta diferencia resalta la necesidad de investigaciones futuras que examinen el STS en otros contextos profesionales de alto riesgo, ampliando el conocimiento más allá del ámbito sanitario y contribuyendo a estrategias de prevención adaptadas a diferentes entornos laborales.

7. Discusión y conclusiones

Esta revisión exploratoria tuvo como propósito identificar las tendencias en la investigación acerca de los factores vinculados al estrés traumático secundario (STS) en enfermeras que trabajan en servicios de urgencias o en contextos de atención al trauma, además de ofrecer orientaciones para futuros estudios. Entre los análisis conceptuales seleccionados sobre STS (Arnold, 2020; Kellogg, 2021), más de la mitad lo abordaron como un fenómeno distinto de la fatiga por compasión. No obstante, ciertos trabajos continuaron considerándolo como una dimensión o subcomponente de dicha fatiga. Entre los factores relacionados con el STS se identifican la edad y el sexo femenino, ambos con correlaciones positivas, mientras que la experiencia profesional y el tipo de turno presentan relaciones negativas. Asimismo, el agotamiento, la fatiga por compasión y la satisfacción por compasión se señalaron como manifestaciones sintomáticas del fenómeno.

La evidencia revisada confirma que el estrés traumático secundario (STS) es un fenómeno multifactorial que afecta principalmente a profesionales expuestos a trauma, como enfermeras en servicios de urgencias, cuidados críticos y traumatología, así como a policías y otros trabajadores de emergencias. En enfermería, los factores personales —como la edad, el género femenino, la empatía, la experiencia previa y las estrategias de afrontamiento— interactúan con factores ocupacionales —turnos, duración de la jornada, carga laboral, exposición a eventos traumáticos y apoyo organizativo— para determinar la intensidad y frecuencia de los síntomas de STS. Las manifestaciones más frecuentes incluyen agotamiento, fatiga por compasión, dificultades en la gestión emocional, problemas de toma de decisiones y conflictos interpersonales, lo que repercute en la calidad del cuidado y en la salud del profesional.

En contraste, aunque la investigación sobre STS en policías es más limitada, los datos disponibles muestran que este grupo está expuesto a riesgos significativos debido a la naturaleza de su labor. Los policías operan en entornos urbanos con alta carga emocional, enfrentando situaciones de violencia, desastres, rehenes y confrontaciones directas con delincuentes, lo que genera sobrecarga física y psicológica constante (Torres et al., 2022; Wang et al., 2010). Esta exposición prolongada, sumada a horarios extensos, turnos nocturnos

y conflictos interpersonales, se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar síntomas relacionados con estrés postraumático, depresión, ansiedad e ideación suicida (Gómez-Martínez et al., 2015; Prieto-Callejero et al., 2020).

Los datos específicos de España reflejan la gravedad de la situación: la tasa de suicidios entre Policías Nacionales y Guardia Civiles supera en un 60% la media nacional, alcanzando 13,3 por 100.000 habitantes entre 2013 y 2022, frente a 8,3 en la población general (asuntospoliciales.com, 2023). Esta elevada incidencia evidencia que, a pesar de la implementación del Plan de Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Conducta Suicida en la Policía y Guardia Civil en 2018, los recursos disponibles, la formación específica y la disponibilidad de tiempo del personal son insuficientes para reducir efectivamente el riesgo (Escudero et al., 2018; Asuntospoliciales.com, 2023).

La comparación entre enfermería y policías evidencia diferencias contextuales y estructurales que pueden influir en la manifestación del STS. Mientras que los estudios en enfermería presentan un enfoque más consolidado y sistemático sobre los factores de riesgo y protección del STS, la evidencia en policías y otros trabajadores de emergencias es más escasa y fragmentada, generalmente centrada en trastornos clínicos asociados (PTSD, depresión, ansiedad) sin evaluar explícitamente el STS como fenómeno independiente. Esta diferencia destaca la necesidad de diseñar estudios que incluyan a profesionales de distintos contextos de emergencia, permitiendo comparar los factores individuales y organizativos que determinan la vulnerabilidad al STS y su relación con la salud mental y el desempeño laboral.

Asimismo, la literatura teórica sobre STS aporta herramientas conceptuales importantes para entender estos hallazgos. La exposición constante a eventos traumáticos, la empatía intensa, la falta de redes de apoyo, la ausencia de límites claros entre vida laboral y personal, además de la sobrecarga emocional son elementos que, según Figley (2002) y Pearlman y McKay (2008), aumentan la probabilidad de desarrollar STS prolongado. En policías, estas condiciones se potencian debido a la naturaleza crítica y peligrosa de su labor, lo que puede explicar la mayor incidencia de síntomas graves y de conductas suicidas.

Los hallazgos sugieren que las intervenciones preventivas deben ser multinivel y adaptadas al contexto profesional. En enfermería, se recomienda fortalecer estrategias de afrontamiento, promover apoyo social dentro de las unidades, optimizar turnos y reducir la exposición

innecesaria a eventos traumáticos. En el caso de policías, además de estas medidas, se requiere formación específica en manejo del estrés, recursos psicológicos accesibles durante la jornada laboral y políticas institucionales que faciliten la contención emocional, con el objetivo de disminuir la incidencia de STS, PTSD y conductas suicidas.

En conclusión, la revisión evidencia que, aunque el STS ha sido ampliamente estudiado en enfermería, existe una brecha importante en la investigación sobre policías y otros trabajadores de emergencias. La combinación de evidencia empírica y marcos teóricos permite comprender la interacción de factores personales, ocupacionales y sintomáticos en el desarrollo del STS y resalta la necesidad de estrategias de prevención y apoyo adaptadas a distintos contextos profesionales, así como de estudios futuros que comparen diferentes poblaciones expuestas a trauma.

De los 14 artículos analizados, seis fueron publicados durante los últimos cinco años, pese a que no se establecieron límites temporales en la búsqueda. Esto refleja un renovado interés social por el bienestar psicológico del personal de enfermería, especialmente en lo relativo a la calidad asistencial y a la satisfacción de los pacientes (Xu et al., 2023). En este sentido, la Declaración de Posición de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) titulada *“Responsabilidad profesional de las enfermeras de promover entornos de práctica ética”* subraya la relevancia de crear espacios laborales éticos que protejan a las enfermeras de los dilemas morales y del estrés laboral (ANA Position Statement, 2023).

Aunque se han desarrollado diversos análisis conceptuales sobre el STS, aún no se ha alcanzado una estandarización del concepto. A pesar de que las investigaciones recientes tienden a diferenciar entre fatiga por compasión y STS como constructos independientes (Kellogg, 2021; Arnold, 2020), algunos autores continúan tratándolos de manera conjunta, considerando el STS como una parte de la fatiga por compasión (Cao et al., 2021; Holmes et al., 2021). El enfoque evolutivo del análisis conceptual propuesto por Rodgers sostiene que los conceptos son dinámicos y están sujetos a transformaciones derivadas del tiempo, los fenómenos sociales y el contexto (Rodgers, 2000). En consecuencia, resulta esencial establecer una definición clara y actualizada del STS que permita avanzar en su comprensión teórica y en la investigación aplicada dentro del ámbito de enfermería.

El ProQOL-5 se reconoce como una de las herramientas más empleadas para medir la traumatización secundaria (Stamm, 2010). Según el marco teórico del ProQOL-5, la fatiga por compasión está compuesta por dos dimensiones principales: el agotamiento laboral y el estrés traumático secundario (STS) (Stamm, 2010). Por tanto, al utilizar el ProQOL-5 como instrumento de evaluación, el STS se incorpora de manera implícita como un componente de la fatiga por compasión, incluso cuando no sea la intención del investigador. Este hecho puede generar dificultades en la conceptualización precisa del STS, ya que la elección del instrumento condiciona la interpretación del fenómeno. A medida que el concepto continúa evolucionando, se evidencian las limitaciones de las herramientas de medición existentes, lo que pone de manifiesto la necesidad de desarrollar instrumentos específicos para poblaciones concretas, como enfermeras y otros profesionales expuestos al trauma. Las diferencias encontradas entre los resultados de los estudios impiden una conclusión uniforme, reforzando la idea de que el STS es un fenómeno complejo y multidimensional, cuyos factores pueden variar según el contexto y las condiciones laborales.

En relación con las variables sociodemográficas, algunos estudios identificaron correlaciones positivas entre el STS, la edad y el género femenino (Borges et al., 2019), mientras que otros no hallaron evidencias significativas de dicha relación (Ratrouy y Hamdan-Mansour, 2020). La edad fue señalada como un factor relevante en seis investigaciones (Borges et al., 2019; Lee, Lee y Jang, 2021; Lopez et al., 2022; Subih et al., 2023; von Rueden et al., 2010; Woo y Kim, 2021), aunque únicamente uno de estos estudios encontró una correlación estadísticamente significativa (Borges et al., 2019). En cuanto al género, fue considerado en cinco estudios, y solo dos de ellos mostraron una relación significativa con el STS (Borges et al., 2019; Domínguez-Gómez y Rutledge, 2009), mientras que los otros tres no reportaron correlación (Subih et al., 2023; von Rueden et al., 2010; Woo y Kim, 2021). Estos hallazgos confirman la complejidad del STS, evidenciando que los mismos factores pueden actuar de manera diferente en distintos entornos. Además, los factores personales, como el género, suelen ser difíciles de modificar; por ello, su análisis puede servir para identificar la vulnerabilidad individual al desarrollo de STS.

Los resultados también subrayan la importancia de los factores ocupacionales asociados al STS. Variables como el turno laboral y los años de experiencia en enfermería mostraron

correlaciones significativas con el nivel de estrés traumático secundario (Lopez et al., 2022; von Rueden et al., 2010). En concreto, los turnos nocturnos o irregulares se asociaron positivamente con el STS (Lopez et al., 2022), lo que sugiere que las condiciones de trabajo inestables pueden aumentar la exposición al estrés. En contraste, una mayor experiencia profesional se relacionó negativamente con el STS (von Rueden et al., 2010), lo que podría indicar que las enfermeras con más años de servicio desarrollan mejores estrategias de afrontamiento y habilidades de adaptación ante situaciones complejas (Yu et al., 2024). Estos factores proporcionan información clave para la gestión hospitalaria, ya que permiten optimizar los horarios laborales y promover entornos que favorezcan la satisfacción y el bienestar del personal.

En cuanto a los factores emocionales, tanto el agotamiento como la fatiga por compasión mostraron una correlación positiva con el STS (Hinderer et al., 2014; Lee, Lee y Jang, 2021; Lopez et al., 2022), lo que sugiere que la acumulación de estrés emocional puede amplificar los efectos del traumatismo secundario. Por el contrario, la satisfacción por compasión se asoció de manera negativa con el STS (Hinderer et al., 2014), indicando que niveles elevados de satisfacción laboral pueden actuar como factores protectores frente al desarrollo de estrés traumático. Este constructo fue examinado en cuatro estudios (Borges et al., 2019; Hinderer et al., 2014; Lee, Lee y Jang, 2021; Lopez et al., 2022), aunque solo uno halló una relación estadísticamente significativa (Hinderer et al., 2014). En consecuencia, la evidencia sobre el papel de la satisfacción por compasión aún es limitada, y se requiere mayor investigación para esclarecer su influencia. Estos resultados ofrecen implicaciones relevantes para el diseño de programas de intervención enfocados en preservar y fortalecer la salud mental de los trabajadores de emergencia.

Teniendo en cuenta el carácter dinámico del concepto de STS, resulta imprescindible avanzar en investigaciones conceptuales. Los investigadores frecuentemente encuentran dificultades para captar la complejidad y la heterogeneidad de los STS; por ello, se requiere un análisis conceptual riguroso que permita definir y comprender con mayor precisión estos fenómenos. Un estudio profundo de este tipo pondrá de manifiesto distintas dimensiones del STS y ofrecerá una base sólida para el diseño de intervenciones y estrategias de apoyo más eficaces.

Dado el carácter evolutivo de los STS (Georgia State University, 2023), es necesario ir más allá de los marcos actuales para lograr una evaluación exhaustiva. El ProQOL-5, instrumento usado con frecuencia para medir la traumatización secundaria (Lopez et al., 2022; Subih et al., 2023), incorpora de manera inherente los STS como un subcomponente de la fatiga por compasión (Stamm, 2010), lo que puede limitar la precisión conceptual. Esto subraya la urgencia de desarrollar y validar nuevas herramientas de medición adaptadas a distintos colectivos profesionales expuestos al trauma, como el personal de enfermería. La disponibilidad de instrumentos más específicos permitiría evaluaciones más exactas y contextualizadas, mejorando la comprensión del fenómeno y la efectividad de las intervenciones (Hamberger et al., 2019). Aunque las herramientas actuales son valiosas, no reflejan plenamente la extensión de los STS en diversos contextos laborales, lo que enfatiza la necesidad de innovar en los enfoques de medición.

Las investigaciones recientes sobre STS en enfermeras se han centrado, en gran medida, en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Erkin et al., 2020; Lee, Lee y Jang, 2021; Lee, Shin y Hong, 2021). Si bien estos estudios aportan información relevante sobre el impacto de la pandemia en la salud mental del personal de enfermería, es preciso realizar observaciones más amplias y sistemáticas que abarquen escenarios fuera del marco de la COVID-19. Los investigadores deberían recopilar datos más extensos y estructurados para comprender con mayor claridad los STS en la enfermería, lo que permitirá obtener hallazgos más claros y generalizables y abordar de forma adecuada las necesidades y desafíos específicos de la profesión.

De esta manera se confirma que la revisión bibliográfica ha dado respuesta a las preguntas de investigación que se han planteado:

1. ¿Cómo se define el estrés traumático secundario (STS)?

Los hallazgos de la revisión muestran que el STS se entiende como un fenómeno derivado de la exposición repetida a experiencias traumáticas de terceros, en el que la implicación emocional y la empatía son centrales (Figley, 2002; Pearlman y McKay, 2008). La evidencia empírica respalda esta conceptualización: la mayoría de los estudios en enfermería lo aborda como un fenómeno independiente de la fatiga por compasión (Domínguez-Gómez y Rutledge,

2009; Jobe et al., 2021; Woo y Kim, 2021; Subih et al., 2023), mientras que otros lo consideran un subcomponente de esta (Borges et al., 2019; López et al., 2022).

En los profesionales de emergencias, como policías, el STS no siempre se estudia directamente; sin embargo, los síntomas observados —ansiedad, depresión, PTSD e ideación suicida— reflejan procesos compatibles con la definición teórica de traumatización vicaria (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021). La evidencia sugiere que el STS se desarrolla de manera acumulativa y depende de la interacción de la empatía, la exposición prolongada al trauma y la capacidad de regulación emocional. Esto confirma que el concepto es aplicable tanto a enfermería como a otros profesionales de ayuda, aunque los estudios empíricos son más sólidos en el contexto sanitario.

2. ¿Cómo se operacionalizó y midió el STS en estudios previos?

La revisión evidencia que, en enfermería, el STS se midió principalmente mediante instrumentos estandarizados, como la ProQOL-5 y la STSS, que permiten evaluar tanto la intensidad de la exposición traumática secundaria como sus manifestaciones sintomáticas (Domínguez-Gómez y Rutledge, 2009; Jobe et al., 2021). Otros estudios complementan esta medición con el Inventario de Penn y la IES-R (Lee, Lee y Jang, 2021; López et al., 2022).

En contraste, en policías y otros trabajadores de emergencias, los estudios priorizaron la medición de síntomas clínicos asociados —PTSD, ansiedad, depresión e ideación suicida— sin evaluar directamente el STS como constructo independiente (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021). Esta diferencia metodológica limita la comparabilidad entre contextos, subrayando la necesidad de instrumentos específicos para medir STS en entornos distintos a la enfermería.

La evidencia sugiere que la medición estandarizada del STS permite identificar correlaciones entre factores personales, ocupacionales y sintomáticos, y establecer asociaciones claras con estrategias de afrontamiento y apoyo social (Pearlman y McKay, 2008; Woo y Kim, 2021). Así, la operacionalización del STS está mejor consolidada en enfermería, mientras que en policías y emergencias requiere adaptación y validación contextual.

3. ¿Qué factores se asocian con el STS?

Los factores asociados al STS se agrupan en personales, ocupacionales y sintomáticos.

Factores personales: La edad y el género femenino se correlacionan con puntuaciones más altas de STS (Borges et al., 2019; López et al., 2022). Otros factores incluyen historia de trauma previo, personalidad tipo D, empatía intensa y estrategias de afrontamiento disfuncionales (Woo y Kim, 2021; Subih et al., 2023). La literatura teórica sostiene que estas características aumentan la vulnerabilidad frente a la exposición prolongada a situaciones traumáticas (Pearlman y McKay, 2008).

Factores ocupacionales: Incluyen duración y tipo de turnos, carga laboral, años de experiencia y exposición directa a eventos traumáticos (Lee, Lee y Jang, 2021; López et al., 2022; Ratrout y Hamdan-Mansour, 2020). La satisfacción laboral, el apoyo organizativo y el trabajo en un entorno estructurado funcionan como moderadores, reduciendo la severidad del STS (Jobe et al., 2021). En policías, la exposición diaria a situaciones de riesgo, violencia y desastres incrementa los síntomas de PTSD, ansiedad, depresión e ideación suicida (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021).

Factores sintomáticos: Incluyen agotamiento, fatiga por compasión, disminución de la satisfacción por compasión, ansiedad, depresión, PTSD e ideación suicida (Hinderer et al., 2014; López et al., 2022). Estos síntomas afectan tanto al profesional como al entorno laboral y familiar, repercutiendo en la calidad de la atención y el bienestar general del equipo.

Los modos de afrontamiento emergen como elementos protectores importantes. Estrategias como descanso adecuado, actividades recreativas, establecimiento de límites entre vida laboral y personal y fortalecimiento del apoyo social se asocian con menores niveles de STS (Pearlman y McKay, 2008; Woo y Kim, 2021). Asimismo, la literatura teórica describe el “cambio del STS”, proceso mediante el cual los profesionales pueden transformar la experiencia traumática en crecimiento personal y resiliencia (Pearlman y McKay, 2008).

La revisión evidencia que la literatura sobre STS está más consolidada en enfermería, con definición clara, medición estandarizada y análisis de factores de riesgo y protección. En policías y otros trabajadores de emergencias, la evidencia es más fragmentaria, centrada en síntomas clínicos asociados y con escasa medición directa del STS (Steyn et al., 2013; Guerrero-Barona et al., 2021). Esto señala la necesidad de estudios que integren la medición directa del STS, considerando tanto factores individuales como contextuales, y la implementación de estrategias preventivas adaptadas a cada entorno profesional.

Asimismo, integrar la evidencia teórica y empírica permite comprender los mecanismos que subyacen al STS, destacando la interacción entre factores personales, ocupacionales y sintomáticos, así como la importancia de estrategias de afrontamiento y apoyo social en la mitigación del fenómeno. Las políticas institucionales orientadas a la contención emocional, la regulación de la carga laboral y la formación en afrontamiento son cruciales para prevenir el desarrollo de STS y proteger la salud mental de los profesionales en contextos de alto riesgo.

7.1.Limitaciones

Esta revisión presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos:

1. Heterogeneidad metodológica: Los estudios incluidos utilizan diferentes definiciones y herramientas para medir el STS, lo que dificulta la comparación directa de resultados y la generalización de las conclusiones.
2. Enfoque predominante en enfermería: La mayoría de los estudios se centran en profesionales de enfermería, con escasa representación de policías y otros trabajadores de emergencias, lo que limita la aplicabilidad de los hallazgos a todos los contextos de atención a emergencias.
3. Diseño de los estudios: La prevalencia de estudios cuantitativos y transversales restringe la posibilidad de establecer relaciones causales entre los factores asociados y la aparición del STS.
4. Factores contextuales no evaluados de manera consistente: Variables como la cultura organizativa, políticas de apoyo laboral y condiciones socioeconómicas del entorno no se analizan de manera sistemática, a pesar de su influencia potencial en la manifestación del STS.
5. Limitaciones temporales y geográficas: La concentración de estudios en determinados países y períodos de tiempo puede no reflejar la situación actual o global de los trabajadores de emergencia en distintos contextos culturales y laborales.

A pesar de estas limitaciones, la revisión aporta evidencia relevante para comprender la definición, medición y factores asociados al STS, y destaca la importancia de realizar investigaciones futuras que incluyan distintos profesionales de emergencia, empleen

instrumentos validados y consideren estrategias de prevención y manejo adaptadas a cada contexto.

7.2. Prospectiva

Resulta fundamental realizar un seguimiento periódico del estrés traumático secundario (STS) en el personal de enfermería que se enfrenta a situaciones traumáticas durante su práctica clínica. Dado que muchos de los factores relacionados con el STS se originan en el ámbito institucional o laboral, es necesario que los exámenes de salud rutinarios del personal considerado vulnerable incluyan la evaluación de este tipo de estrés, tal como proponen Alshmmari et al. (2024). Este enfoque coincide con el implementado en Arabia Saudita, donde se evaluó al personal de enfermería de los servicios de urgencias mediante instrumentos validados y entrevistas de seguimiento con el objetivo de identificar los grupos de mayor riesgo (Alshmmari et al., 2024).

Una vez identificadas las poblaciones vulnerables, deben aplicarse intervenciones tanto individuales como organizacionales. Un ejemplo de ello es el programa de reducción del estrés basado en la atención plena, que ayuda a las enfermeras a gestionar el estrés y disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático mediante técnicas de mindfulness (Berring et al., 2024). Este tipo de programas contribuye a fortalecer la capacidad de afrontamiento frente a las presiones laborales y los desafíos emocionales inherentes a la profesión. De manera complementaria, el enfoque de atención informada sobre el trauma busca reconocer y abordar las experiencias traumáticas de los profesionales sanitarios (Berring et al., 2024). Además, las instituciones pueden ofrecer recursos de apoyo e implementar medidas organizacionales, como la mejora de las condiciones laborales, la reducción del caos operativo y el manejo adecuado del tiempo (Linzer et al., 2015). El modelo de atención colaborativa, que promueve una cultura de cuidado mutuo y un entorno de trabajo sostenible, también ha demostrado beneficios en la salud y bienestar del personal sanitario (McElligott et al., 2010).

El presente estudio proporciona una oportunidad valiosa para analizar y discutir el STS en grupos de alto riesgo, como las enfermeras que trabajan en servicios de urgencias o unidades de atención al trauma. Se recomienda que futuras investigaciones se enfoquen en integrar

estrategias de evaluación e intervención del STS dentro de la atención sanitaria rutinaria, con el fin de aumentar su eficacia y aplicabilidad en entornos clínicos.

Esta revisión sistemática evidencia que el estrés traumático secundario (STS) es un fenómeno complejo que afecta principalmente a trabajadores de emergencia, especialmente enfermeras y, en menor medida, policías, como consecuencia de la exposición repetida a situaciones traumáticas ajenas. Se observa que el STS se manifiesta de manera acumulativa y está influido por una interacción de factores personales, ocupacionales y sintomáticos, siendo más estudiado y documentado en el ámbito de la enfermería que en el policial.

Respecto a los objetivos específicos:

1. **Definición de STS:** La revisión confirma que la mayoría de los estudios en enfermería conceptualizan el STS como un fenómeno independiente de la fatiga por compasión, mientras que otros lo consideran un subcomponente de esta. En policías, los estudios disponibles tienden a centrarse en síntomas asociados como ansiedad, depresión o PTSD, que reflejan indirectamente la presencia de STS, evidenciando la necesidad de definiciones y mediciones más precisas en este grupo profesional.
2. **Operacionalización y medición:** En enfermería, la utilización de instrumentos como ProQOL-5 y STSS ha permitido cuantificar la intensidad del STS y analizar sus correlaciones con factores de riesgo y protección. En policías y otros trabajadores de emergencias, la medición directa es limitada y se enfoca principalmente en indicadores clínicos asociados, lo que restringe la capacidad de comparación entre distintos entornos laborales.
3. **Factores asociados:** La evidencia recopilada muestra que los factores personales (edad, género femenino, historial de trauma, nivel de empatía, personalidad), los factores ocupacionales (turnos, carga laboral, exposición directa a eventos traumáticos, apoyo organizativo) y los factores sintomáticos (agotamiento, fatiga por compasión, ansiedad, depresión, ideación suicida) se relacionan de manera significativa con la aparición del STS. Asimismo, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y la presencia de redes de apoyo social contribuyen a reducir la intensidad de los síntomas.

En conjunto, estos hallazgos resaltan que la investigación en enfermería proporciona evidencia sólida sobre definición, medición y factores de riesgo, mientras que en policías y otros trabajadores de emergencias se identifica una brecha importante que requiere estudios futuros, con instrumentos estandarizados y enfoques adaptados a distintos contextos laborales. Los resultados también subrayan la relevancia de implementar estrategias preventivas y programas de apoyo institucional que promuevan la resiliencia y el bienestar de los profesionales expuestos a situaciones traumáticas.

Referencias bibliográficas

- Arksey, H., and L. O'Malley. 2005. "Scoping Studies: Towards a Methodological Framework." *International Journal of Social Research Methodology* **8**, no. 1: 19–32.
- Armstrong, R., B. J. Hall, J. Doyle, and E. Waters. 2011. "'Scoping the Scope' of a Cochrane Review." *Journal of Public Health* **33**, no. 1: 147–150.
- Beaton, R. D., & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51–81). Brunner/Mazel.
- Beck, C. T. 2011. "Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review." *Archives of Psychiatric Nursing* **25**, no. 1: 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>.
- Borges, E. M. D. N., C. I. N. D. S. Fonseca, P. C. P. Baptista, C. M. L. Queirós, M. Baldonado-Mosteiro, and M. P. Mosteiro-Diaz. 2019. "Compassion Fatigue Among Nurses Working on an Adult Emergency and Urgent Care Unit." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* **27**: e3175. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>.
- Catherall R. D. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. En C.R. Figley (ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Cohen, K., y Collens, P. (2013). El impacto del trabajo de trauma en los trabajadores de trauma: una metasíntesis en el trauma vicario y el crecimiento vicario postraumático. *Trauma psicológico: teoría, investigación, práctica y política*, 5 (6), 570.
- Cook, A., C. Sigler, L. Allen, et al. 2021. "Burnout and Anxiety Among Trauma Nursing Specialties in a Rural Level I Trauma Center." *Journal of Trauma Nursing* **28**, no. 1: 26–36. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000554>.
- Dominguez-Gomez, E., and D. N. Rutledge. 2009. "Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses." *Journal of Emergency Nursing* **35**, no. 3: 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>.

- Duffy, E., G. Avalos, and M. Dowling. 2015. "Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses: A Cross-Sectional Study." *International Journal of Emergency Nursing* **23**, no. 2: 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.001>.
- Dunn, D. 2005. "Substance Abuse Among Nurses-Defining the Issue." *AORN Journal* **82**, no. 4: 573–602. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60028-8](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60028-8).
- Dutton, M. A., & Rubinstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 82-100.
- Figley, CR (1982). *El estrés traumático y el papel del sistema de apoyo familiar y social*. Serco Marketing.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. New York: CRC Press.
- Figley, C. R. (1999). Police compassion fatigue (PCF): Theory, research, assessment, treatment, and prevention. In J. M. Violanti & D. Paton (Eds.), *Police trauma: Psychological aftermath of civilian combat* (pp. 37–53). Charles C Thomas Publisher, Ltd..
- Figley, CR (Ed.). (2002). *Tratando la fatiga de la compasión*. New York: Routledge.
- Figley, CR (2014). *Desórdenes de estrés entre veteranos de Vietnam: teoría, investigación*. New York: Routledge.
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (2002). The Accelerated Recovery Program (ARP) for compassion fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123– 137). New York: Brunner-Routledge.
- Guerrero-Barona, E., Guerrero-Molina, M., Chambel, M. J., Moreno-Manso, J. M., Bueso-lzquierdo, N., & Barbosa-Torres, C. (2021). Suicidal ideation and mental health: the moderating effect of coping strategies in the police force. *International journal of environmental research and public health*, *18*(15), 8149.

- Healy, S., and M. Tyrrell. 2011. "Stress in Emergency Departments: Experiences of Nurses and Doctors." *Emergency Nurse* **19**, no. 4: 31–37. <https://doi.org/10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611>.
- Hinderer, K. A., K. T. von Rueden, E. Friedmann, et al. 2014. "Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses." *Journal of Trauma Nursing* **21**, no. 4: 160–169. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055>.
- Huang, C. P., J. M. Zou, H. Ma, and Y. Zhong. 2024. "Role Stress, Occupational Burnout and Depression Among Emergency Nurses: A Cross-Sectional Study." *International Emergency Nursing* **72**: 101387. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101387>.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113–136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Jobe, J. A., G. L. Gillespie, and D. Schwytzer. 2021. "A National Survey of Secondary Traumatic Stress and Work Productivity of Emergency Nurses Following Trauma Patient Care." *Journal of Trauma Nursing* **28**, no. 4: 243–249. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000592>.
- Kellogg, M. B. 2021. "Secondary Traumatic Stress in Nursing: A Walker and Avant Concept Analysis." *Advances in Nursing Science* **44**, no. 2: 157–170. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000338>.
- Lee, M. S., S. Shin, and E. Hong. 2021. "Factors Affecting Secondary Traumatic Stress of Nurses Caring for COVID-19 Patients in South Korea." *International Journal of Environmental Research and Public Health* **18**, no. 13: 6843. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136843>.
- Lee, S. H., S. J. Kim, M. Y. Shim, S. Y. Yoo, S. D. Won, and B. C. Lee. 2015. "Mental Health of Disaster Workers." *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* **54**, no. 2: 135–141. <https://doi.org/10.4306/jknpa.2015.54.2.135>.

- Lewis-Fernandez, R., N. K. Aggarwal, L. Hinton, D. Hinton, and L. J. Kirmayer. 2016. *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. American Psychiatric Publishing.
- Lopez, J., R. J. Bindler, and J. Lee. 2022. "Cross-Sectional Analysis of Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction Among Emergency Nurses in Southern California Working Through the COVID-19 Pandemic." *Journal of Emergency Nursing* **48**, no. 4: 366–375. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.03.008>.
- Maharaj, S., T. Lees, and S. Lal. 2018. "Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses." *International Journal of Environmental Research and Public Health* **16**, no. 1: 61. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>.
- Meadors, P., and A. Lamson. 2008. "Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children." *Journal of Pediatric Health Care* **22**, no. 1: 24–34. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.01.006>.
- Mealer, M., and J. Jones. 2013. "Posttraumatic Stress Disorder in the Nursing Population: A Concept Analysis." *Nursing Forum* **48**, no. 4: 279–288. <https://doi.org/10.1111/nuf.12045>.
- Moreno, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, *12*(2), 215-231.
- Munn, Z., M. D. J. Peters, C. Stern, C. Tufanaru, A. McArthur, and E. Aromataris. 2018. "Systematic Review or Scoping Review? Guidance for Authors When Choosing Between a Systematic or Scoping Review Approach." *BMC Medical Research Methodology* **18**, no. 1: 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>.
- Munnangi, S., L. Dupiton, A. Boutin, and L. D. G. Angus. 2018. "Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level I Safety-Net Trauma Center." *Journal of Trauma Nursing* **25**, no. 1: 4–13. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000335>.
- Pearlman, LA, y McKay, L. (2008). Comprender y abordar el trauma vicario. *Instituto Headington*. Recuperado de www.headington-institute.org.

- Ratrout, H. F., and A. M. Hamdan-Mansour. 2020. "Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses: Prevalence, Predictors, and Consequences." *International Journal of Nursing Practice* **26**, no. 1: e12767. <https://doi.org/10.1111/ijn.12767>.
- Stamm, B. H. (1997). Compassion fatigue: A concern for mental health policy, providers, and administration. *Traumatic Stress Studies, Montreal, PQ, CA*.
- Stamm, B.H. (2010). *Calidad de vida profesional: Satisfacción por empatía y fatiga por compasión*. El manual de ProQOL. Recuperado de <https://proqol.org/>
- Steyn, R., Vawda, G. N., Wyatt, E., & Williams, J. K. (2013). Posttraumatic stress disorder diagnostic criteria and suicidal ideation in a South African Police sample. *African journal of psychiatry*, *16*(1), 19-22.
- Subih, M., H. Salem, and D. Al Omari. 2023. "Evaluation of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction Among Emergency Nurses in Jordan: A Cross-Sectional Study." *International Emergency Nursing* **66**: 101232. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101232>.
- van der Wath, A., N. van Wyk, and E. Janse van Rensburg. 2013. "Emergency Nurses' Experiences of Caring for Survivors of Intimate Partner Violence." *Journal of Advanced Nursing* **69**, no. 10: 2242–2252. <https://doi.org/10.1111/jan.12099>.
- von Rueden, K. T., K. A. Hinderer, K. A. McQuillan, et al. 2010. "Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses: Prevalence and Exposure, Coping, and Personal/Environmental Characteristics." *Journal of Trauma Nursing* **17**, no. 4: 191–200. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff2607>.
- Weitkamp, K., J. K. Daniels, and F. Klasen. 2014. "Psychometric Properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization." *European Journal of Psychotraumatology* **5**, no. 1: 21875. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.21875>.
- Woo, M. J., and D. H. Kim. 2021. "Factors Associated With Secondary Traumatic Stress Among Nurses in Regional Trauma Centers in South Korea: A Descriptive Correlational Study." *Journal of Emergency Nursing* **47**, no. 3: 400–411. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.08.006>.

Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T., Tang, P., Zeng, L., ... & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 120, 103973.