



medicina *intensiva*

<http://www.medintensiva.org/>



ORIGINAL

Factores de riesgo y protección del estrés traumático secundario en los cuidados intensivos: un estudio exploratorio en un hospital terciario de Madrid

J.E. Moreno-Jiménez^{a,*}, R. Rodríguez-Carvajal^a, M. Chico-Fernández^b, Ó. Lecuona^a, M. Martínez^b, B. Moreno-Jiménez^a, J.C. Montejo^b y E. Garrosa^a

^a Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, Madrid, España

Recibido el 19 de marzo de 2019; aceptado el 4 de junio de 2019

PALABRAS CLAVE

Estrés traumático secundario;
Pasión por el trabajo;
Cuidados intensivos;
Empatía y esfuerzo emocional

Resumen

Objetivo: Proponer un modelo de predictores del estrés traumático secundario.

Diseño: Se trata de un diseño transversal descriptivo.

Ámbito: El estudio se llevó a cabo en las unidades de cuidados intensivos de un hospital terciario de Madrid.

Participantes: La muestra estuvo formada por 103 profesionales sanitarios.

Intervenciones: Se creó una batería de cuestionarios que fue rellenada por los profesionales. Respecto al análisis de datos, se utilizó una metodología de redes y análisis de regresión jerárquica.

Variables de interés: Se evaluaron variables sociodemográficas tales como género, años de experiencia y puesto, el estrés traumático secundario, la pasión por el trabajo, los estresores laborales, el esfuerzo emocional, la empatía, la autocompasión.

Resultados: Se establece: a) para la fatiga por compasión, los años de experiencia como factor de riesgo ($\beta = 0,224$ y $p = 0,029$) y la pasión armoniosa como protector ($\beta = -0,363$ y $p = 0,001$); b) para la sacudida de creencias, el esfuerzo emocional y la empatía como factores de riesgo ($\beta = 0,304$ y $p = 0,004$; $\beta = 0,394$ y $p = 0,000$, respectivamente) y c) para la sintomatología, los estresores laborales y la empatía como factores de riesgo ($\beta = 0,189$ y $p = 0,039$; $\beta = 0,395$ y $p = 0,000$, respectivamente) y los años de experiencia como protector ($\beta = -0,266$ y $p = 0,002$).

Conclusiones: Este modelo predictivo del estrés traumático secundario asienta factores protectores que podrían aumentarse, como la pasión armoniosa, y factores de riesgo que sería conveniente reducir, como la empatía y el esfuerzo emocional, con el fin de mejorar la calidad asistencial y de vida de los profesionales.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jennifer.moreno@uam.es (J.E. Moreno-Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.06.001>

0210-5691/© 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Secondary traumatic stress;
Passion for work;
Intensive care;
Empathy;
Emotional effort

Risk and protective factors of secondary traumatic stress in Intensive Care Units: An exploratory study in a hospital in Madrid (Spain)

Abstract

Aim: To propose a predictive model of secondary traumatic stress.

Design: A descriptive cross-sectional study was carried out.

Context: The study was conducted in the Intensive Care Units of a hospital in Madrid (Spain).

Participants: The sample comprised 103 health professionals.

Interventions: A series of questionnaires were created and completed by the participants. Network analysis and multiple regression were used for data analysis.

Variables of interest: Sociodemographic variables such as gender, years of experience and position, secondary traumatic stress, passion for work, work stressors, emotional effort, empathy and self-compassion were evaluated.

Results: The result identified the following: a) years of experience as a risk factor for compassion fatigue ($\beta = 0.224$ and $P = 0.029$), and harmonious passion as a protector ($\beta = -0.363$ and $P = 0.001$); b) emotional effort and empathy as risk factors for shattered assumptions ($\beta = 0.304$ and $P = 0.004$; $\beta = 0.394$ and $P = 0.000$, respectively); and c), work stressors and empathy as risk factors for symptomatology ($\beta = 0.189$ and $P = 0.039$; $\beta = 0.395$ and $P = 0.000$, respectively), and years of experience as a protector ($\beta = -0.266$ and $P = 0.002$).

Conclusions: This predictive model of secondary traumatic stress identifies protective factors which could be reinforced, such as harmonious passion, and risk factors which should be reduced, such as empathy and emotional effort, with a view to promoting quality of care and quality of life among these professionals.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

Los cuidados intensivos se definen como aquella área de la Medicina dedicada al cuidado del paciente crítico. En este contexto, numerosas investigaciones han aportado evidencia sobre la carga emocional de este trabajo en el que, entre otros factores, hay una exposición continua a la muerte, dolor, enfermedad y al sufrimiento¹. Además, implica una serie de riesgos psicosociales tales como turnos de guardia agotadores, afluencia discontinua de pacientes, necesidad de priorizar y tomar decisiones bajo presión, espacios precarios y la convivencia de diversos profesionales^{1,2}. Todos estos antecedentes laborales constituyen estresores que hacen que este trabajo pueda ser de riesgo alto para desarrollar ciertas enfermedades, tales como insatisfacción laboral, deseo de abandonar el trabajo², depresión, ansiedad³ y *burnout*⁴⁻⁶. Por otro lado, aunque aún no se ha estudiado en este contexto, se reconoce su vulnerabilidad para el estrés traumático secundario^{7,8}.

El estrés traumático secundario ha sido definido como la sintomatología postraumática que puede experimentar un interviniente, es decir, la persona que atiende a las víctimas de un suceso traumático⁹. En los cuidados intensivos, el cuidado al paciente crítico supone lidiar con eventos traumáticos inesperados y dolorosos, así como con las demandas emocionales que supone interaccionar con los familiares que viven momentos de crisis^{10,11}. El estudio realizado por Domínguez-Gómez y Rutledge¹² indica como el 33% de la muestra de enfermería que trabaja en contextos de urgencia cumple los criterios de estrés traumático secundario.

Este estrés ha sido considerado por autores como Moreno-Jiménez et al.¹³ como un constructo que implicaría 3 niveles

de malestar: a) la fatiga por compasión, referido al agotamiento físico y emocional del profesional; b) la sacudida de creencias, referido a los cambios cognitivos en cuanto a creencias y valores del profesional debido al suceso traumático vivido y c) la sintomatología postraumática tanto a nivel cognitivo como emocional y conductual que se recoge en el DSM-V¹⁴. Más aún, establecen la empatía y los antecedentes laborales, tales como la sobrecarga temporal o el tipo de tarea traumática, como factores de riesgo^{9,13}. En el presente trabajo, se considerarán estos antecedentes laborales como «estresores laborales».

Por otro lado, los estudios sobre *burnout* y enfermería de los últimos años hablan de una variable moduladora, que sería la pasión por el trabajo¹⁵. La pasión por el trabajo ha sido definida como «una inclinación controlable hacia una actividad que la persona valora como importante y a la que decide dedicar tiempo y esfuerzo»¹⁶. Se encuentran 2 tipos de pasión diferenciadas: a) la pasión armoniosa es aquella en la que el individuo controla la actividad y está en armonía con otras actividades¹⁷ y b) la pasión obsesiva¹⁸, en la que la actividad controla a la persona y siente una presión interna o externa por trabajar para conseguir ciertas contingencias externas, que ocupan un lugar desproporcionado en su vida y generan conflicto con otras áreas¹⁹.

Además, ambos tipos de pasión se diferencian en las consecuencias asociadas. En concreto, la pasión armoniosa se relaciona con mayores estados de concentración (por ejemplo, *flow*), satisfacción vital, compromiso, bienestar psicológico y afecto positivo^{17,20}, mientras que la pasión obsesiva se relaciona con procesos psicológicos tales como la rumiación y el afecto negativo, conflicto de rol, conflicto familia-trabajo y *burnout*^{16,19,21}.

Finalmente, hay otras variables emocionales que podrían jugar un papel importante en el contexto de los cuidados intensivos, como serían el esfuerzo emocional y la autocompasión. El esfuerzo emocional se define como la disonancia que experimenta un trabajador entre lo que siente y debe expresar en su contexto laboral durante las interacciones con pacientes²², por lo que cuanto más frecuentes sean estas interacciones y mayor la disonancia, mayor esfuerzo y agotamiento emocional²³ le supondrá su trabajo. La autocompasión, sin embargo, es definida como la capacidad de ver los defectos y errores como parte normal de la condición humana, lo que favorece una relación positiva con uno mismo y una actitud de no juicio hacia los propios errores²⁴. Los estudios aseguran que su incremento aumenta la capacidad de autocuidado de los profesionales²⁵ y está relacionada con más afecto positivo, salud psicológica²⁶ y la reducción de estresores de contextos muy demandantes²⁷.

Por todo ello, el objetivo de este estudio es proponer un modelo de predictores del estrés traumático secundario para trabajar a nivel exploratorio. De esta forma y para la propuesta de nuestro modelo, seguiremos un modelo de demandas y recursos laborales (JD-R)²⁸, en el que los estresores laborales y el esfuerzo emocional serán demandas asociadas al puesto, y la pasión por el trabajo, la empatía y la autocompasión serán recursos de la persona que pueden favorecer o prevenir la aparición del estrés traumático secundario.

Método

Diseño de investigación

Se trata de un diseño transversal descriptivo. En aras de conseguir una máxima eficiencia en el proceso de evaluación se seleccionaron, para cada una de las variables estudiadas, los 3 ítems que más peso tenían en el análisis confirmatorio original del instrumento. Este es el número mínimo de ítems que marcan los modelos estadísticos para la representatividad de una variable. El peso de un ítem evalúa el grado en que el ítem mide el constructo, por lo que se seleccionaron aquellos 3 que mayor peso tenían. El tiempo medio para rellenar la totalidad del cuestionario fue de 15 min. Los cuestionarios empleados no estaban validados en el contexto de una unidad de cuidados intensivos (UCI), pero sí habían sido previamente validados en contextos de urgencia extrahospitalaria.

Variables de estudio

Las variables de estudio fueron: variables sociodemográficas tales como el género, la edad, estado civil, experiencia laboral, puesto, turno de trabajo, UCI y, finalmente, si había tenido experiencias traumáticas personales y, si fuera afirmativo, cuáles.

Cuestionario de Estrés Traumático Secundario¹³. Dentro de esta escala se incluye la evaluación de los estresores laborales, el estrés traumático secundario y la empatía. Para los estresores, se incluyeron 4 ítems de la escala original más 2 ítems adaptados al contexto hospitalario («en nuestro servicio, la presión temporal por acudir a un aviso es

muy alta» presente en la escala original y se añadió «en nuestro servicio, la presión temporal en la atención inicial al paciente es muy alta» como versión adaptada; y, por otro lado, «me cuesta olvidar situaciones en las que la víctima es un menor o un anciano» en la escala original, y se añadió «siento que me afectan mucho los casos que de alguna manera se asemejan a mi vida»). Para el estrés traumático secundario, se seleccionaron 3 ítems por cada subdimensión. Se obtuvo así un total de 9 ítems (por ejemplo, «me supera emocionalmente este trabajo»). Para empatía, se seleccionaron los 3 ítems que más saturaban (por ejemplo, «siento que mis pacientes me contagian sus sentimientos»). La escala de respuesta es de tipo Likert y va de 1 a 4, en la que 1 es «totalmente en desacuerdo» y 4 «totalmente de acuerdo».

Escala de Pasión por el Trabajo²⁹. Esta escala quedó compuesta por 3 ítems de pasión armoniosa (por ejemplo, «mi trabajo me permite vivir todo tipo de experiencias») y 3 ítems de pasión obsesiva (por ejemplo, «dependo emocionalmente de mi trabajo»). La escala de respuesta de tipo Likert va de 1 a 7, en la que 1 es «totalmente en desacuerdo» y 7 «totalmente de acuerdo».

Escala de Esfuerzo Emocional³⁰. Compuesta por 3 ítems, como por ejemplo, «en el último mes, ¿cada cuánto has sentido que este trabajo requiere un gran esfuerzo?». La escala de respuesta va de 1 a 5 donde 1 es «nunca» y 5 es «siempre».

Escala de Autocompasión²⁶. Se seleccionaron los 3 ítems que más saturaban de la versión corta original de 12 ítems. Un ejemplo de ítem fue «trato de ver mis defectos como parte normal de la condición humana». La escala de respuesta va de 1 a 5, donde 1 es «casi nunca» y 5 es «casi siempre».

Participantes

Los participantes del estudio fueron 103 profesionales sanitarios de los cuidados intensivos de un hospital terciario universitario de Madrid. El estudio se realizó en el Servicio de Medicina Intensiva, que cuenta con 3 secciones: trauma y urgencias, polivalente y cuidados críticos cardiacos. Los criterios de inclusión fueron ser profesional sanitario de las UCI de adultos y llevar en esta unidad un mínimo de 2 meses. Los criterios de exclusión fueron no llevar en estas UCI al menos 2 meses. Se entregó antes de la realización del estudio una hoja informativa y un consentimiento informado. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación con referencia CEI 71-1276.

Análisis estadístico

En cuanto al análisis estadístico, se realizó a través del programa SPSS 25.0 un análisis de fiabilidad de las dimensiones de nuestra escala, un análisis descriptivo de las variables de interés, un análisis MANOVA para estudiar posibles diferencias por género, UCI y puesto en las variables de interés y, finalmente, una regresión logística utilizando como variables criterio las 3 subdimensiones por separado del estrés traumático secundario, es decir, la sacudida de creencias, fatiga por compasión y sintomatología traumática.

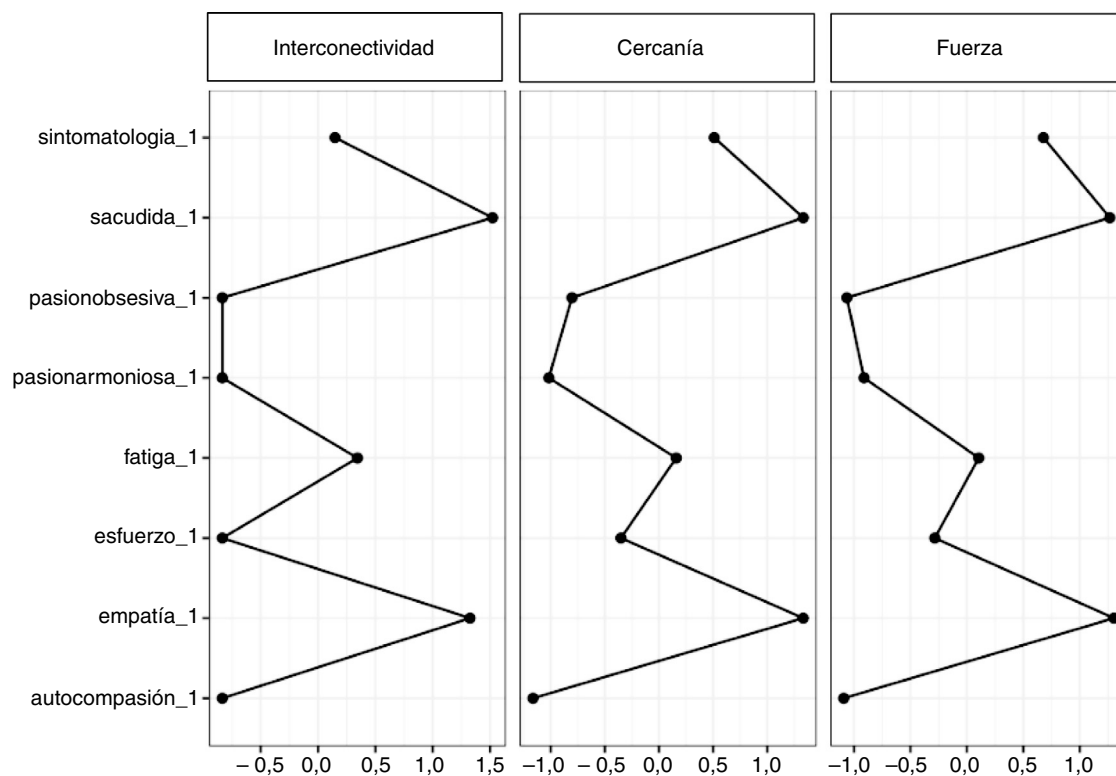


Figura 1 Gráfica de centralidad del modelo de redes
Valores > 0,0: por encima de la media.
Valores < 0,0: por debajo de la media.

Por otro lado, se elaboró un modelo de redes, conocidos en la literatura como «redes psicológicas»³¹. Se hizo a través del programa estadístico JASP³², que construye una interfaz para R a través de la cual se generan este tipo de modelos. A través de este modelo se analizan los estimadores más importantes, que serían la fuerza, cercanía y la interconectividad³¹. Ordenados de menor a mayor complejidad: 1) la «fuerza» hace referencia a la intensidad total con la que una variable se relaciona en la red, medida como la suma de todos los enlaces distintos de cero; 2) la «cercanía» hace referencia a la tendencia de una variable a estar conectada con otras (ser «cercana») y medida como el número de conexiones distintas de cero en cada variable; por último, 3) la «interconectividad» hace referencia a la tendencia de una variable por mediar entre 2 y medida como el número de pares de enlaces distintos de cero de una variable con 2 variables distintas. Por tanto, una variable con una fuerza alta implica que, independientemente de cómo esté repartida, se conecta intensamente con el resto de la red, ya sea por un único enlace muy intenso, muchos enlaces poco intensos, o cualquiera intermedio. Una variable con una cercanía alta implica que se conecta con muchas otras variables en la red. Y una interconectividad alta implica que es capaz de conectar a otras 2 variables entre sí. Si una variable cuenta con fuerza, cercanía y conectividad altas, implica que es una variable muy central en la red, tanto numérica como gráficamente, que se conecta a muchas otras variables con intensidad y que interconecta a las variables entre sí. Para interpretar estos indicadores en la figura 1, los valores positivos indican valores por encima de la media, mientras

que los valores negativos indican valores que estarán por debajo de la media.

Resultados

La muestra total recogida para este estudio fue de 103, de los cuales 36 eran hombres (35,3%) y 66 eran mujeres (64,7%). La edad media fue de 37,23 años (DT = 11,47), comprendida entre los 21 y 64 años. Además, el 71,8% de la muestra refiere tener pareja habitual, mientras que el 18% refiere no tenerla y otro 8% refiere estar sin pareja habitual. Respecto a la experiencia, la muestra cuenta con una experiencia en el sector sanitario de 13,62 años de media (DT = 9,22). En cuanto a la profesión, 35 participantes fueron médicos, 49 enfermeros, 16 auxiliares y 2 celadores. Además, se hizo una distinción por UCI: para ello se recogió una muestra de 35 trabajadores de la UCI de trauma y urgencias, 39 de la UCI coronaria y 25 de la polivalente. Otros 3 participantes señalaron que pertenecían a las 3. Respecto a los turnos, 76 participantes fueron del turno de mañana frente a 16 que eran del turno de tarde, 5 participantes eran de ambos turnos y uno que solo hacía guardias. Por otro lado, un 65% de la muestra refería no haber tenido experiencias traumáticas personales directas.

En la tabla 1 se muestran las medias, expresadas como la media de las puntuaciones obtenidas para cada escala, y las correlaciones principales de nuestras variables de interés. Al realizar el análisis para examinar las diferencias en las variables de interés en función del género, puesto y UCI, no se observan diferencias significativas.

Tabla 1 Medias, desviaciones típicas y correlaciones bivariadas en las variables del estudio

Variables	M	DT	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estresores laborales	3,02	0,34	0,63	1								
Esfuerzo emocional	2,88	0,75	0,72	0,35**	1							
Fatiga por compasión	1,83	0,45	0,58	0,16	0,27**	1						
Sacudida de creencias	2,96	1,36	0,71	0,31**	0,46**	0,47**	1					
Sintomatología	2,20	0,49	0,81	0,41**	0,33**	0,136	0,37**	1				
Pasión armoniosa	3,28	0,86	0,49	-0,08	-0,23**	-0,39**	-0,15	0,61	1			
Pasión obsesiva	2,88	0,75	0,74	0,15	0,01	0,13	0,09	0,17	-0,03	1		
Empatía	2,20	0,49	0,69	0,38**	0,324**	0,21*	0,50**	0,58**	0,02	0,33**	1	
Autocompasión	3,28	0,87	0,68	-0,13	-0,16	-0,08	-0,13	-0,31**	0,129	-0,25**	-0,23	1

α = alfa de Cronbach para las variables de interés; DT: desviación típica; M: media.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

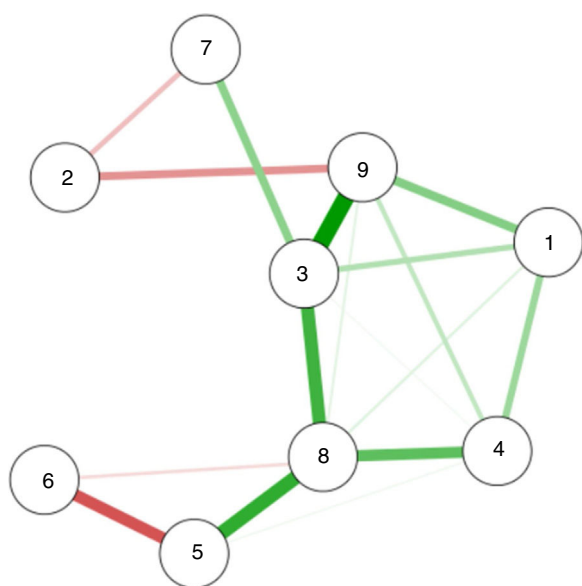


Figura 2 Modelo de redes con las relaciones significativas de las variables de interés.

Grosor: indica la intensidad de la relación. A mayor grosor, mayor intensidad; a menor grosor, menor intensidad.

Color verde: relaciones positivas; color rosa: relaciones negativas.

1: estresores laborales; 2: autocompasión; 3: empatía; 4: esfuerzo emocional; 5: fatiga por compasión; 6: pasión armoniosa; 7: pasión obsesiva; 8: sacudida de creencias; 9: sintomatología traumática.

Modelo de redes

La figura 2 muestra el modelo de redes final, con las relaciones que han resultado significativas. Así, observamos que la autocompasión se relaciona negativamente con la pasión obsesiva y la sintomatología, por lo que constituiría un factor protector, al igual que ocurre con la pasión armoniosa, que tiene una relación negativa tanto con la sacudida de creencias como con la sintomatología. Por otro lado, la empatía y el esfuerzo emocional constituirían factores de riesgo, ambas con relaciones positivas con la sintomatología y la

sacudida de creencias, al contrario de lo que ocurría con la pasión armoniosa.

En la figura 1 se detallan los estimadores de centralidad. Las 2 variables que destacan en los 3 estimadores de centralidad del resto son la sacudida de creencias («sacudida_1») y la empatía («empatía_1»). Esto señala a ambas variables como especialmente nucleares en la red. Por otro lado, la sintomatología traumática («sintomatología_1») y la fatiga por compasión («fatiga_1») son las siguientes, con una centralidad media. Estos resultados, unidos con la red en sí, informan de este posible núcleo de variables al interconectar partes de la red con partes más periféricas. Concretamente tanto la autocompasión como la pasión armoniosa parecen estar más periféricas a la red y muestran relaciones negativas con el resto; es decir, actúan de protectoras, mientras que las demás variables tienden a asociarse positivamente entre sí.

Análisis de regresión múltiple

En la tabla 2 se muestran las regresiones de las diferentes dimensiones del estrés traumático secundario. En dicha tabla podemos observar los valores de varianza explicada para cada uno de los 3 modelos. El modelo de la variable de sintomatología es el que presenta un mayor porcentaje de varianza explicada (un 45%), con incrementos significativos a medida que se han ido incluyendo las variables sociodemográficas, los estresores laborales y esfuerzo emocional, y la empatía y autocompasión.

Si analizamos los valores beta estandarizados de la tabla 2, resulta importante fijarnos en la última columna de cada una de las dimensiones del estrés traumático secundario, que hacen referencia al paso final de la regresión. Respecto al primer componente del estrés traumático secundario, la variable fatiga por compasión, tan solo los años de experiencia son un predictor positivo de la variable, mientras que la pasión armoniosa aparece como un predictor negativo.

En cuanto al segundo componente, la sacudida de creencias, tanto el esfuerzo emocional como la empatía son predictores positivos. Esto podría explicar también el resultado de la tabla 1, en el que ambas variables tienen correlaciones significativas y positivas.

Tabla 2 Regresión jerárquica múltiple para las dimensiones de estrés traumático secundario

Pasos del modelo y variables	Fatiga por compasión				Sacudida de creencias				Sintomatología traumática			
	Pendientes (β)				Pendientes (β)				Pendientes (β)			
<i>Paso 1</i>												
Género	0,218*	0,182	0,170	0,160	0,171	0,075	0,072	0,042	0,055	-0,047	-0,027	-0,043
Puesto	-0,023	-0,027	-0,021	-0,013	-0,029	-0,001	0,000	0,025	-0,252**	-0,206*	-0,183	-0,161
Años de experiencia	0,149	0,196	0,207	0,224*	-0,025	0,044	0,046	0,085	-0,368**	-0,336**	-0,338**	-0,266**
<i>Paso 2</i>												
Estresores laborales		-0,010	-0,020	-0,050		0,175	0,173	0,093		0,298**	0,282**	0,189*
Esfuerzo emocional		0,066**	0,230*	0,191		0,417**	0,406***	0,304**		0,189	0,218**	0,099
<i>Paso 3</i>												
Pasión armoniosa			-0,343**	-0,363**			-0,058	-0,119			0,135	0,094
Pasión obsesiva			0,130	0,092			0,020	-0,078			0,077	-0,057
<i>Paso 4</i>												
Empatía				0,141				0,394**				0,395**
Autocompasión				-0,008				0,28				-0,150
R ² corregida				0,200				0,314				0,450
ΔR^2	0,056	0,083*	0,128**	0,014	0,030	0,241**	0,004	0,109**	0,191***	0,153***	0,022	0,139**

Valores β estandarizados y nivel de significación:* $p < 0,05$.** $p < 0,01$.R² corregida: porcentaje de varianza explicada con la inclusión de variable.

Si pasamos a examinar el tercer componente, la sintomatología traumática, se encuentran de nuevo los años de experiencia, pero, en este caso, como predictor negativo, mientras que los estresores laborales y la empatía aparecen como predictores positivos.

Discusión

El presente estudio ha tratado de establecer un modelo de los predictores significativos para el estrés traumático secundario, obteniendo información similar tanto a través del modelo de redes como del análisis de regresión.

Respecto a la fatiga por compasión, es decir, a ese desgaste por empatía del profesional, la pasión armoniosa actúa de protector, lo que indicaría que cuanto mayor sea el equilibrio de la persona en sus diferentes áreas vitales (trabajo, familia, círculo social, etc.) y menor su conflicto, menor será su desgaste respecto a su trabajo. Además, podría favorecer mayores experiencias de recuperación y desconexión¹⁵, por lo que permitirá un mayor autocuidado y menor fatiga por compasión. Por otro lado, los años de experiencia en el sector son un factor de riesgo en esta dimensión, por lo que no coincidiría con la investigación previa³³. Estos resultados indican que esta dimensión estaría relacionada con el grado de exposición al trauma, ya que cuanto mayor es el tiempo que se expone el profesional, mayor será su desgaste.

Con relación a la sacudida de creencias, tanto la empatía como el esfuerzo emocional son factores de riesgo, lo que nos indica que la mayor capacidad del profesional de comprender las emociones de los pacientes y familiares y el esfuerzo que le genera su labor se relacionarán con más cambios en sus creencias y valores. Estos resultados se corroboran con estudios anteriores, en los que se han propuesto como factores de riesgo^{2,9,13,22}. A su vez, la recolección de evidencia cualitativa a través de entrevistas con los profesionales indicó que, en muchas ocasiones, son conscientes de un cambio cognitivo en cuanto a sus valores y sus creencias debido a su trabajo (por ejemplo, accidentes de tráfico de personas jóvenes, lesiones medulares, etc.), pero no son conscientes del impacto emocional. Por esta razón, la variable de sacudida de creencias puede tener un mayor peso en este contexto³⁴, tal y como aparece reflejado en el modelo de redes.

Además, al hablar de la sintomatología, los años de experiencia resultan ser un factor protector, de forma similar a lo que aparece en la bibliografía científica³³. La explicación podría ser que se produce un efecto de habituación en cuanto a la sintomatología de los profesionales cuanto más tiempo están expuestos al trabajo, por lo que no percibirían un aumento de esta. Otra alternativa podría ser el desarrollo paralelo de variables protectoras conforme el personal gana experiencia (como la autocompasión)²⁷, que favorece un mayor número de conductas de autocuidado y les protege de las características más somáticas del estrés traumático secundario. Por otro lado, en cuanto a factores de riesgo para la sintomatología postraumática, los estresores laborales juegan un papel importante, lo que tendría sentido teórico en cuanto a que cuanto más tiempo esté un profesional expuesto a esos estresores, mayor sintomatología

tendrá¹³. Además, la empatía vuelve a ser un recurso de la persona con consecuencias negativas^{9,13}.

Por último, la pasión obsesiva aparece en el modelo de redes como factor de riesgo de la empatía, la sintomatología y la sacudida de creencias. Estos resultados serían relevantes en cuanto a que una mayor pasión obsesiva, como establecen autores como Donahue et al.¹⁵, implicaría mayores procesos de rumiación y menor recuperación, lo que favorece una mayor sintomatología, al revivir el malestar de la jornada laboral y no desconectar. Además, el conflicto que genera con otras áreas vitales¹⁸ podría suponer un mayor cambio en las creencias de los trabajadores, haciendo que las situaciones traumáticas tengan un mayor impacto en su vida. Por otro lado, esta pasión resulta favorecedora de la empatía y es, a su vez, un factor de riesgo. Podríamos decir que la parte más obsesiva de la pasión que «presiona» al profesional a continuar trabajando estaría implicada en los mecanismos que hacen que una persona deba ser y mostrarse empática respecto a los pacientes y familiares, y facilitar de algún modo un contagio emocional contraproducente. Estos resultados serían diferentes a los obtenidos en otras investigaciones en las que la empatía se relaciona con menos *burnout*³⁵ y con mayor bienestar³⁶.

Respecto a las limitaciones, la metodología transversal dificulta el establecimiento de relaciones causales, por lo que es necesario el desarrollo de un estudio longitudinal que nos permita establecer modelos de mediación y moderación de las variables de estudio. Otra limitación tiene que ver con el contexto de los cuidados intensivos, ya que la afluencia de pacientes y los cambios de actividad dificultan la recogida de datos y respuesta a las escalas correspondientes. Por ello y para mitigar este estresor, se redujo el número de ítems del cuestionario de evaluación, con el fin de no saturar a los trabajadores. Aquí surgió otra limitación, que era la escasa fiabilidad de algunos ítems, lo que nos hizo eliminar algunas variables que en su origen formaban parte del estudio. Además de este control, dentro de cada variable se hizo un análisis de fiabilidad si eliminábamos un elemento, para intentar seleccionar los ítems que más fiabilidad aportaban para su medición y paliar así esta limitación. Fruto del contexto también deriva la limitación referida al reducido tamaño muestral y del mismo centro, ya que supone una amenaza a la validez externa del estudio, pero nos ha permitido obtener resultados preliminares significativos para futuras replicaciones en otros centros.

Conclusiones

Para concluir, nuestro trabajo representa el inicio en los estudios sobre el estrés traumático secundario en población sanitaria de cuidados intensivos. A partir de los datos obtenidos se puede profundizar en medidas que mejoren la calidad de vida de estos profesionales y, a su vez, que repercutan en la calidad asistencial del servicio prestado^{37,38}. Por todo ello, resulta crucial proponer diseños de intervención que ayuden a prevenir el estrés traumático secundario, reducir los factores de riesgo encontrados en el presente estudio, tales como la empatía y el esfuerzo emocional, e incrementar los factores de protección, como la autocompasión y la pasión armoniosa.

Financiación

Las fuentes de financiación para la realización de este proyecto han sido:

Contrato predoctoral FPI-UAM 2017 de la Universidad Autónoma de Madrid y el proyecto PSI2015-68011-R, del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO).

Autoría/colaboradores

Todos los autores han participado en el diseño, análisis y desarrollo del trabajo. En concreto, tanto Mario Chico, Marisol Martínez como Juan Carlos Montejo han participado en el diseño de la investigación y han facilitado la recogida de datos en el propio hospital, han participado, a su vez, en la adaptación del instrumento a su contexto hospitalario. Por otro lado, Raquel Rodríguez-Carvajal y Bernardo Moreno-Jiménez participaron en el diseño y creación del instrumento de medida y su aplicabilidad, así como en la discusión de los resultados y su implicación para futuros estudios. Óscar Lecuona participó, además de en el diseño, en la metodología y análisis de datos y, finalmente, Eva Garrosa ha dirigido el trabajo tanto de aplicación en el hospital como en el artículo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Gracias a las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Doce de Octubre de Madrid y, en especial, gracias a todo el personal sanitario que participó y confió en el proyecto.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.medin.2019.06.001](https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.06.001).

Bibliografía

1. Benítez M, Rodríguez E. Síndrome de burnout en el equipo de enfermería de cuidados intensivos de un hospital de la ciudad de Montevideo. *Enferm: cuid humaniz*. 2015;3:21–7.
2. Carrillo García C, Ríos Rísquez MI, Martínez Hurtado R, Noguera Villaescusa P. Nivel de estrés del personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos de un hospital clínico universitario. *Enferm Intensiva*. 2016;27:89–95.
3. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R. La afectación emocional en profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Form Segur Labor*. 2014.
4. Arnal RB, Martínez SG, Juliá BG, Sellés MD, Boira EJ. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Rev Psicopatol Psicol Clín*. 2016;21:129–36.
5. Mera MF, Gaspar RV, García IZ, Sánchez SV, Melero EA, González SÁ, et al. Síndrome de burnout en distintas unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2009;20:131–40.
6. Segura O, Duque MG, Enciso C, Porras OC. Agotamiento profesional (burnout) en médicos intensivistas: una visión de la unidad de cuidados intensivos desde la teoría fundamentada. *Acta Col Cuid Intens*. 2016;16:126–35.
7. Acinas MP. Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Rev Digit Med Psicosom Psicoter*. 2012;2:1–22.
8. Hernández García MDC. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2017;14:53.
9. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En: Figley, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner-Routledge; 1999. p. 1–20.
10. Casillas Cárdenas OL. Estrés traumático secundario y salud en la atención profesional con familias: una mirada relacional. *Santiago*. 2016;139:95–109.
11. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz A. Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007;31:273–80.
12. Domínguez Gómez E, Rutledge D. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2009;49:557–63.
13. Moreno B, Morante Benadero ME, Rodríguez Carvajal R, Rodríguez Muñoz A. Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*. 2008;35:199–214.
14. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
15. Donahue EG, Forest J, Vallerand R, Lemyre PN, Crevier-Braud L, Bergeron E. Passion for work and emotional exhaustion: The mediating role of rumination and recovery. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2012;4:341–68.
16. Vallerand RJ, Blanchard C, Mageau GA, Koestner R, Ratelle C, Léonard, et al. Les passions de l'âme: on obsessive and harmonious passion. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85:756.
17. Vallerand RJ, Paquet Y, Philippe FL, Charest J. On the role of passion for work in burnout: A process model. *J Pers*. 2010;78:289–312.
18. Birkeland I, Buch R. The dualistic model of passion for work: Discriminate and predictive validity with work engagement and workaholism. *Motiv Emot*. 2015:392–408.
19. Houliort N, Philippe FL, Bourdeau S, Leduc CA. Comprehensive understanding of the relationships between passion for work and work: Family conflict and the consequences for psychological distress. *Int J Stress Manag*. 2018;25:313–29.
20. Yukhymenko Lescroart MA, Sharma G. The relationship between faculty members' passion for work and well-being. *J Happiness Stud*. 2018:1–19.
21. Birkeland IK, Richardsen AM, Dysvik A. The role of passion and support perceptions in changing burnout: A Johnson-Neyman approach. *Int J Stress Manag*. 2018;25:163–80.
22. Quiñones C. Emotional labour and burnout in the leisure industry: A comparison between Spain and the UK from a conservation of resources perspective [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
23. Bakker AB, Sanz Vergel AI. Weekly work engagement and flourishing: The role of hindrance and challenge job demands. *J Vocat Behav*. 2013;83:397–409.
24. Neff K. The Science of self-compassion. En: Siegel CGR, editor. *Compassion and wisdom in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press; 2012.

25. Araya C, Moncada L, Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Rev Arg Clín Psicol.* 2016;25:67–78.
26. Campayo JG, Demarzo M. Mindfulness y compasión: la nueva revolución. Siglantana. 2015.
27. Saadat H, Kain Z. Wellness interventions for anesthesiologists. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31:375–81.
28. Bakker AB, Demerouti E. La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Rev psicol trab organ.* 2013;29:107–15.
29. Serrano Fernández MJ, Boada Grau J, Gil-Ripoll C, Vigil Colet A. Spanish adaptation of the Passion Toward Work Scale (PTWS). *An Psicol.* 2017;33:403–10.
30. Quiñones García C, Rodríguez Carvajal R, Clarke N, Moreno Jiménez B. Desarrollo y validación trasnacional de la escala de esfuerzo emocional (EEF). *Psicothema.* 2013;25:363–9.
31. Epskamp S, Borsboom D, Fried EI. Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Beh Res Methods.* 2018;50:195–212.
32. Plataforma online para el programa estadístico JASP. 2018 [consultado el 18 de Sep de 2018]. Disponible en: <http://jasp-stats.org/>.
33. Dutton MA, Rubenstein FL. Working with people with PTSD: Research implications. En: Figley CR, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Nueva York: Brunner/Mazel; 1995. p. 82–100.
34. Mairean C, Cimpoesu D, Turliuc MN. The effects of traumatic situations on emergency medicine practitioners. *Revista de cercetare si interventie sociala.* 2014;44:279.
35. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2017;96.
36. Bourgault P, Lavoie S, Paul Savoie E, Grégoire M, Michaud C, Gosselin E, et al. Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2015;41:323–8.
37. Kumar S. Burnout and doctors: Prevalence, prevention and intervention. *Healthc.* 2016;4:37.
38. Gracia Gozalo RM, Ferrer Tarrés JM, Ayora Ayora A, Alonso Herrero MA, Kareaga A, Ferrer Roca R. Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Med Intensiva.* 2019 May;43:207–16.