

ORIGINAL

Fatiga por compasión y ansiedad en enfermeras de cuidados críticos y emergencias. Entre eficiencia y humanidad



E. Arimon-Pagès (RN, MSc, PhD)^{a,*}, P. Fernández-Ortega (RN, MSc, PhD)^b,
J. Torres-Puig-Gros (MD, MSc, PhD)^c y J. Canela-Soler (MD, MSc, PhD)^{d,e}

^a Hospital Clínic, Universidad de Barcelona (UB), Barcelona, España

^b Institut Català d'Oncologia, Universidad de Barcelona (UB), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Departamento de Salud Pública, Universidad de Lleida (UdL), Lleida, España

^d Departamento de Fundamentos Clínicos, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad de Barcelona (UB), Barcelona, España

^e Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Facultad de Salud Pública, Universidad del Sur de Florida, Tampa, Florida, Estados Unidos

Recibido el 17 de noviembre de 2021; aceptado el 14 de febrero de 2022

Disponible en Internet el 30 de junio de 2022

PALABRAS CLAVE

Enfermeras;
Fatiga por
compasión;
Ansiedad;
Cuidados intensivos;
Urgencias

Resumen

Objetivos: Determinar el impacto emocional de la proximidad al trauma y la muerte en enfermeras de urgencias y de UCI mediante las prevalencias de fatiga de compasión (*burnout* y estrés traumático secundario) y ansiedad. Analizar su relación con variables de tipo sociodemográfico, formativas, laborales y psicológicas.

Método: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Se utilizaron las escalas validadas ProQOL v.IV y STAI y un cuestionario *ad-hoc* con las variables del segundo objetivo, en 710 enfermeras de nueve hospitales de alta complejidad de Cataluña (España).

Resultados: En ambas unidades, la proporción de profesionales afectados en alto grado de *burnout* fue superior al 20%, al 30% en estrés traumático secundario y al 12% en ansiedad. Cada subescala se asoció con la intención de abandonar la unidad y la profesión. El 97% de participantes manifestaron que era necesario recibir formación en gestión emocional.

Conclusiones: Las prevalencias de *burnout* y de estrés traumático secundario fueron superiores en nuestro estudio respecto a la literatura de referencia en las enfermeras de urgencias y en las de UCI. La prevalencia de cada constructo se relacionó individualmente con el deseo de abandono de las enfermeras de sus unidades y de su profesión. Este hecho, junto al deseo

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: arimon@clinic.cat, esterarimon@gmail.com (E. Arimon-Pagès).

de recibir formación de los participantes, expone la necesidad de establecer planes formativos, así como medidas institucionales de prevención y apoyo para la fatiga por compasión.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Nurses;
Compassion fatigue;
Anxiety;
Critical care;
Emergency

Compassion fatigue and anxiety in critical care emergency nurses: In between efficiency and humanity

Abstract

Objectives: To determine the emotional impact of permanent proximity to trauma and death in the Emergency and ICU's nurses establishing prevalence of Compassionate Fatigue (burnout and secondary traumatic stress) and anxiety. Analyze its relationship with sociodemographic, training, workplace and psychological variables.

Methods: Descriptive, cross-sectional and multicentre study. The validated ProQOL v.IV and STAI scales and an ad-hoc questionnaire with the variables of the second objective were used in 710 nurses from nine highly complex hospitals in Catalonia (Spain).

Results: In both units, the prevalence of professionals affected with high scores of burnout was higher than 20%, on secondary traumatic stress was 30%, and 12% on anxiety. Each subscale was significantly associated with the intention to leave units and the career. 97% of participants stated that they needed to be trained in emotional management.

Conclusion: The prevalence of burnout and secondary traumatic stress were higher in our study than those offered in the reference literature in emergency and ICU nurses. The prevalence of each construct was individually related to the desire to leave work units and career. This fact, together with the participants' desire to be better trained in emotional management exposes the need to establish educational plans, as well as institutional measures to prevent and support nurses for Compassion Fatigue.

© 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

- La compasión es una cualidad enfermera que está estrechamente relacionada con la habilidad de las enfermeras para establecer una relación terapéutica relevante con sus pacientes.
- Este vínculo emocional y compasivo está relacionado en la literatura con un cuidado holístico y de calidad, pero a su vez, la proximidad permanente al trauma del paciente convierte a las enfermeras en emocionalmente vulnerables.
- La fatiga por compasión implica la afectación física y psicológica de la enfermera, con consecuencias en su vida personal y profesional, disminuyendo su compromiso y aumentando el deseo de abandono.

¿Qué aporta?

- Ningún estudio previo en España ha analizado la fatiga por compasión en enfermeras de unidades altamente demandantes, como urgencias y UCI.
- La fatiga por compasión está presente y afecta significativamente a las enfermeras de estas unidades, independientemente de sus características personales, educativas o profesionales.
- Prácticamente la totalidad de participantes percibieron la necesidad de recibir capacitación específica en el manejo emocional.

Implicaciones del estudio

- La alta prevalencia de la fatiga por compasión y de la ansiedad compromete la salud de las enfermeras, la calidad asistencial, el aumento de costos y está relacionada con su deseo de dejar su unidad y su profesión. Esto expone su riesgo y la necesidad de establecer políticas institucionales.

Introducción

La escasez presente y futura de enfermeras representa un reto global de tal magnitud, que su bienestar, su reconocimiento y su dignificación han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad y un desafío a nivel mundial¹.

La enfermería se orienta al cuidado de todas las dimensiones del ser humano², al bienestar social global y al fomento de la salud individual mediante el establecimiento del vínculo enfermera-paciente³. Este vínculo empático permite responder con solvencia a las expectativas generadas en torno a su competencia y práctica ética y se relaciona con los resultados terapéuticos positivos y con la satisfacción tanto de pacientes como de profesionales⁴. La compasión, definida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro sumándole a la voluntad de prestarle ayuda⁵, se sitúa actualmente en el centro de las políticas mundiales de atención⁶, exponiendo un aumento de la burocratización en detrimento de la ética. La importancia de este constructo queda reflejada mediante su aparición en los códigos deontológicos enfermeros⁷. Pero el compromiso con los procesos de enfermedad, muerte y acompañamiento del estado emocional de los pacientes implica para la enfermera el contagio permanente de emociones negativas. De esta forma, esta proximidad, inherente a su desarrollo profesional, la expone también a su propia vulnerabilidad^{8,9}.

La fatiga por compasión (FC) es un tipo de estrés resultado de la exposición emocional permanente al trauma y la muerte de los pacientes. La FC, según Figley⁹, es «el coste de cuidar», y se produce en ausencia de los mecanismos necesarios para identificar y gestionar el residuo emocional de este contacto. Este concepto, acuñado inicialmente por Joinson¹⁰ para referirse a una forma de *burnout* que afectaba a enfermeras, estableció este matiz diferencial consistente en discriminar la presión que cualquier entorno laboral puede ejercer en forma de cargas excesivas, sobreexigencia o falta de reconocimiento, definitorios del *burnout*, contraponiéndolo a la afectación emocional derivada del contacto con el trauma. Este aspecto, denominado por algunos autores como estrés traumático secundario (ETS), podría presentarse ligado al *burnout*¹¹. Ambos constructos conformarían la FC¹², y podrían presentarse asociados a la ansiedad en enfermeras¹³.

Aunque la FC y la ansiedad pueden presentarse en cualquier entorno donde una enfermera preste atención compasiva, y afectar negativamente a su salud física y mental, su compromiso con pacientes e instituciones y la calidad de su cuidado¹⁴, existen unidades altamente demandantes que, por sus características, pueden considerarse de mayor riesgo.

La exposición al trauma, a violencia y a muertes inesperadas en urgencias¹⁵, así como la alta complejidad, tecnificación y atención a pacientes con enfermedades incapacitantes y potencialmente mortales en unidades de cuidados intensivos (UCI)¹⁶, son aspectos poco valorados que incrementan la presión sobre los profesionales y se han relacionado con la FC en enfermeras¹⁷.

En estas unidades, el sistema exige a la enfermera asumir un creciente número de pacientes con necesidad de atención urgente, alta complejidad técnica, incremento de

funciones delegadas, número de registros o tareas administrativas, y con todo ello crece también el desafío que le supone equilibrar intereses competitivos y polarizados: cumplir la ratio y el manejo técnico o la atención humana de calidad. En estos entornos, el foco de la enfermera oscila entre el bienestar del paciente, la correcta función de las máquinas y las expectativas de mandos, equipos y familias, devaluando su reflexión y su pensamiento crítico³.

La FC se presenta actualmente como un importante foco de estudio a nivel mundial en enfermeras de urgencias en América¹⁸, Asia¹⁹ o Europa¹⁸. A su vez, la UCI es una de las más estudiadas, ofreciendo revisiones sistemáticas²⁰, datos de enfermeras estadounidenses²¹, asiáticas²² o australianas²³. Destaca la escasez de estudios relacionados con la FC en enfermeras españolas, y su ausencia hasta la fecha en enfermeras de urgencias y de cuidado crítico.

La FC y la ansiedad en las enfermeras se relacionan fuertemente con la intención de los profesionales de abandonar su profesión²⁴. Según el *National Health Care Retention & RN Staffing Report* de 2019²⁵, en Estados Unidos este perfil de enfermeras registradas es el que presenta un mayor índice de abandono. No se ha encontrado evidencia en nuestro entorno respecto al grado de FC y de ansiedad que presentan las enfermeras en unidades altamente demandantes, respecto a la importancia que estos profesionales refieren acerca de recibir formación de afrontamiento, ni su posible relación con su intención de permanecer o dejar sus puestos de trabajo.

Por todo lo descrito, el objetivo de este estudio fue cuantificar las prevalencias de FC (*burnout*/ETS) y de ansiedad en las enfermeras de urgencias y de UCI, y estudiar su relación con variables sociodemográficas, formativas, laborales y psicológicas.

Métodos

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en nueve hospitales de Cataluña entre 2015 y 2017.

Cálculo muestral

Según estudios previos²⁶, el 25% de profesionales enfermeros manifestaron alto riesgo de FC, con un riesgo alfa del 5% y una precisión deseada en los resultados de $\pm 5\%$. Para obtener este nivel de precisión se estableció el número mínimo de la muestra necesaria en 289 enfermeros/as en cada unidad.

Participantes y recolección de datos

Se incluyeron las enfermeras de las unidades de urgencias y de UCI de nueve hospitales de Cataluña con vinculación a las unidades estudiadas en sus cuatro turnos de trabajo. Se excluyeron los profesionales en formación y los no presentes.

Se seleccionaron los centros por conveniencia, atendiendo a criterios de uniformidad. La participación de los

profesionales fue voluntaria y anónima. Se contó con todos los permisos de los comités éticos de investigación clínica y el consentimiento informado de cada participante.

Posteriormente al pilotaje en urgencias ($n=47$ enfermeras), se asignó un referente en cada centro, quien participó en las reuniones informativas en cada unidad y turno respecto a los objetivos del estudio. Se realizaron recordatorios hasta informar a un mínimo del 85% de los profesionales incluidos.

El número de participantes fue $n=710$ (UCI $n=396$; urgencias $n=314$), superando el número mínimo, establecido en 289 participantes/unidad.

Instrumentos

Cada participante recibió una copia en papel de las escalas *Professional Quality of Life v.IV* (ProQOL)¹² y *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)²⁷ junto a un cuestionario de datos personales, elaborado *ad hoc*, y un consentimiento informado, con un recordatorio del anonimato, la voluntariedad de la participación y el cumplimiento de la ley de confidencialidad.

La versión española de la escala ProQOL determina los aspectos positivos y negativos de la calidad de vida de los profesionales en relación con su trabajo. Su sistema de valoración es en formato Likert, donde 1 significa «nunca» y 5, «muy frecuentemente». Está compuesta por 30 ítems en total, con 10 ítems para cada una de sus tres dimensiones: 1) satisfacción por compasión ($\alpha=0,87$); 2) *burnout* ($\alpha=0,72$), y 3) estrés traumático secundario (ETS) ($\alpha=0,80$). El cuestionario permite categorizar las puntuaciones en niveles alto, medio y bajo, ofreciendo además puntuaciones medias de comparación.

La escala de ansiedad STAI comprende dos dimensiones: 1) ansiedad rasgo: inherente al carácter, condición más estable ($\alpha=0,85$), y 2) ansiedad estado: influida por la situación, momentánea, transitoria ($\alpha=0,92$). Consta de 40 ítems divididos en sus dos subescalas: estado y rasgo, con respuestas en formato Likert de 0 a 3. La puntuación global se obtiene con el sumatorio de cada subescala, y oscila entre 0 (grado mínimo) y 60 (grado máximo de ansiedad).

Se calcularon para las dos escalas los grados de afectación bajo, moderado y alto, según los puntos de corte determinados por los autores para cada escala. Para la escala STAI se calcularon, además, las medias para la escala de ansiedad, con el fin de cuantificar la diferencia entre ellas y determinar el grado de ansiedad provocado por el puesto de trabajo.

El cuestionario *ad hoc* recogió variables sociodemográficas, formativas, laborales y psicológicas utilizadas en la regresión logística, según constan en la [tabla 1](#).

Las variables cualitativas se presentaron como porcentajes y las cuantitativas como medias ($\pm$ desviación estándar [DE]). Utilizamos la prevalencia y los intervalos de confianza (IC) del 95% como medida de frecuencia. Analizamos asociaciones entre variables a través de regresión logística binaria y expresamos las estimaciones como *odds ratio* ajustadas e IC del 95%, significación $p < 0,05$. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSSTM v.20.

Resultados

Los participantes finales fueron $n=306$ para urgencias y $n=392$ para cuidados intensivos, superando en ambos casos los 289 del cálculo muestral como número mínimo deseable.

El perfil de los participantes de ambas unidades se mostró muy uniforme en todos los tipos de variable ([tabla 1](#)), siendo mayormente mujeres, con una media de edad y años en la profesión parecidos. Un número mayor de enfermeras de urgencias (36,7%) manifestaron haber recibido formación en gestión emocional respecto a las de UCI (31,5%), y en ambos casos manifestaron la necesidad de formarse en este sentido en más del 97%. Un número superior al 50% se habían planteado cambiar de servicio y superior al 25% en dejar la profesión, en ambas unidades.

Las diferentes dimensiones de la escala ProQOL ([tabla 2](#)) mostraron unas prevalencias parecidas en sus tres dominios y distribuciones por grados de afectación. La satisfacción de los profesionales agrupó a más de la mitad de los profesionales en su franja media en ambas unidades, y un mayor número de profesionales de críticos de UCI mostraron una alta afectación en *burnout* y en ETS. Por contra, tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo fueron más altas en los profesionales de urgencias.

Con posterioridad a una regresión logística univariante, para definir la importancia de las covariables significativamente asociadas a las subescalas se realizó una regresión logística múltiple a partir de las asociaciones resultantes. El análisis multivariable fue definido con un nivel de confianza del 95% con la *odds ratio* ajustada como medida de asociación, siendo la variable a estudio presentar o no presentar satisfacción, *burnout*, ETS o ansiedad.

Ninguna de las dos unidades mostraron globalmente asociación cuando se ajustó la *odds ratio* entre *burnout*, ETS o ansiedad y las variables sociodemográficas, formativas o laborales expuestas en la [tabla 1](#).

Las variables que se mantuvieron asociadas con la escala ProQOL se presentan en la [tabla 3](#), y las que se mantuvieron asociadas con la escala STAI, en la [tabla 4](#).

Discusión

Ambos componentes de la FC (*burnout* y ETS) son altamente prevalentes en nuestra muestra, coincidiendo con la visión de Mooney et al.²⁸ respecto a las FC en enfermeras de unidades altamente demandantes. Estas prevalencias aparecen conjuntamente y en equivalente proporción en urgencias y en UCI en ambas dimensiones de nuestros resultados, reforzando la interrelación que la literatura propone entre ambos constructos²⁹ y la ansiedad³⁰, cuando las enfermeras se encuentran permanentemente expuestas a situaciones emocionalmente exigentes. Milligan y Almomani³¹ se plantean si en estas áreas la evolución de la enfermería no se dirige hacia un modelo centrado en el control de costes y eficiencia, alejándose del cuidado compasivo derivado de la FC y de la ansiedad en los profesionales.

De manera muy parecida, los profesionales de urgencias y de UCI se agruparon, en más del 80% de sus participantes, en franjas de afectación media y alta, tanto para *burnout* como para ETS. En ambas unidades la proporción de profesionales afectados en alto grado de *burnout* fue superior al 20%, y al

Tabla 1 Características sociodemográficas, formativas, laborales y personales de los profesionales según ámbito de trabajo

Variable	Urgencias				UCI			
	n	%	?	DE	n	%	?	DE
<i>Edad</i>	306		37,0	10,0	392		38,3	9,7
<i>Sexo</i>	314				395			
Hombre	51	16,2			60	15,2		
Mujer	263	83,8			335	84,8		
<i>Personas a cargo</i>	310				294			
Sí	148	47,7			203	51,5		
No	162	52,3			191	48,5		
<i>Turno de trabajo</i>	313				395			
Mañana	47	15,0			80	20,3		
Tarde	73	23,3			84	21,3		
Noche	119	38,0			165	41,8		
Rotativo	74	23,6			66	16,7		
<i>Formación especializada</i>	313				389			
Sí	67	21,4			88	22,6		
No	246	78,6			301	77,4		
<i>Años de profesión</i>	309		13,5	9,6	393		15,2	9,6
<i>Años en unidad</i>	307		9,2	7,8	389		11,0	8,4
<i>Tiempo de dedicación</i>	309				393			
< 20 h/semana	33	10,7			23	5,9		
20-40h/semana	240	77,7			327	83,2		
> 40 h/semana	36	11,6			43	10,9		
<i>Formación previa GE</i>	313				394			
Sí	115	36,7			124	31,5		
No	198	63,3			270	68,5		
<i>Necesidad percibida de recibir formación GE</i>	313				395			
Sí	304	97,1			385	97,5		
No	9	2,9			10	2,5		
<i>Cambio de servicio</i>	311				393			
Sí	163	52,4			211	53,7		
No	148	47,6			182	46,3		
<i>Cambio de profesión</i>	300				381			
Sí	83	27,7			110	28,9		
No	217	72,3			271	71,1		
<i>Reelección de profesión</i>	306				387			
Sí	233	76,1			288	74,4		
No	73	23,9			99	25,6		

DE: desviación estándar; GE: gestión emocional.

30% en ETS. Los resultados, considerados de forma global, son ligeramente peores en la UCI, y la subescala de ETS presenta un mayor grado de afectación en estos profesionales de cuidados críticos.

En el ámbito de urgencias, los resultados son comparativamente peores que los ofrecidos por un estudio multicéntrico en enfermeras estadounidenses³² y chinas¹⁹, incluso considerando la situación de pandemia de estas últimas, y muy parecidos a las enfermeras portuguesas¹⁸. En la UCI, nuestros resultados serían comparables a las enfermeras de intensivos australianas²³ y peores a las jordanas²², lo que sitúa a las enfermeras de nuestro entorno en un grave riesgo.

Las prevalencias de ansiedad estado, la que refleja la ansiedad en el momento de la valoración y, por tanto, durante el turno laboral, agrupó a una proporción aproximada al 60% en las franjas media y alta en ambas unidades.

Más del 12% de los participantes se distribuyeron en la franja de alto grado. Aunque los resultados de FC resultaran peores que los de ansiedad, y no se hayan hallado estudios de referencia, esta estratificación no puede considerarse favorable.

Aunque no se pudo establecer relación entre los grados de afectación de los diferentes trastornos y variables sociodemográficas, personales, formativas o laborales y la FC y la ansiedad, como sí lo hicieron en otros estudios variables como el sexo²¹ o la edad^{33,34}, la uniformidad de la afectación de los profesionales de FC podría corresponder a las características especialmente exigentes de algunas unidades especiales, de acuerdo con Andriani et al.³⁵, y con nuestra hipótesis.

El hallazgo más relevante del estudio se encontró en la estrecha relación entre las prevalencias de *burnout*, ETS y ansiedad y la intención de abandono, ya sea de la unidad de trabajo o de la profesión, en línea con otros autores^{24,36}.

Tabla 2 Prevalencias por ámbito: escalas ProQOL y STAI. Grado de afectación de los profesionales por subescalas

Variable	Urgencias			UCI		
	n	Prevalencia (%)	IC 95%	n	Prevalencia (%)	IC 95%
Escala ProQOL						
<i>Subescala Satisfacción</i>	314			396		
Baja	66	21	18,79-23,21	72	18,2	16,10-20,30
Media	174	55,4	52,70-58,10	223	56,3	53,61-59,88
Alta	74	23,6	21,29-25,91	101	25,5	23,13-27,87
<i>Subescala Burnout</i>	314			396		
Baja	51	16,2	14,20-18,20	53	13,4	11,55-12,25
Media	198	63,1	60,48-65,72	254	64,1	61,49-66,71
Alta	65	20,7	18,50-22,90	89	22,5	20,23-24,77
<i>Subescala ETS</i>	314			396		
Baja	42	13,4	11,55-15,25	46	11,6	9,86-13,34
Media	167	53,2	50,49-55,91	192	48,5	45,79-51,21
Alta	105	33,4	30,84-35,96	158	39,9	37,24-42,56
	n	Prevalencia (%)	IC 95%	n	Prevalencia (%)	IC 95%
Escala STAI						
<i>Subescala Ansiedad Rasgo</i>	311			392		
Baja	159	51,1	48,38-53,82	194	49,5	46,78-52,22
Media	115	37,0	34,38-39,62	174	44,4	41,70-47,10
Alta	37	11,9	10,14-13,66	24	6,1	4,80-7,40
<i>Subescala Ansiedad Estado</i>	310			395		
Baja	121	39	36,35-41,65	161	40,8	38,13-43,47
Media	133	42,9	40,21-45,59	183	46,3	43,59-49,01
Alta	56	18,1	16,01-20,19	51	12,9	11,08-14,72

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3 Variables asociadas con la escala ProQOL v.IV, regresión logística

Variable	Escala ProQOL v.IV					
	Satisfacción Urgencias	ORa (IC 95%) UCI	Burnout Urgencias	ORa (IC 95%) UCI	ETS Urgencias	ORa (IC 95%) UCI
<i>Turno de trabajo</i>						
Mañana	1	1				
Tarde	0,9 (0,3-2,3)	0,64 (0,26-1,55)				
Noche	1,0 (0,4-2,4)	0,96 (0,46-2,05)				
Rotativo	0,5 (0,5-0,6)	0,53 (0,49-0,61)				
<i>Tiempo de dedicación</i>						
< 20 h/semana					1	
20-40 h/semana					6,5 (1,8-23,8)	
> 40 h/semana					3,8 (1,2-11,5)	
Formación previa GE (No)		0,30 (0,14-0,65)				
Necesidad percibida (Sí)		0,15 (0,03 0,78)				
Haberse planteado cambiar de unidad (Sí)				1,94 (1,15-3,28)		
Haberse planteado cambiar de profesión (Sí)			2,8 (1,4-5,3)		2,8 (1,6-4,8)	
Haberse planteado reelección profesión (Sí)	0,1 (0,0-0,2)		0,3 (0,2-0,7)	0,56 (0,32-0,95)		0,54 (0,34-0,86)

ETS: estrés traumático secundario; GE: gestión emocional; ORa: odds ratio ajustada.

Tabla 4 Variables asociadas con la escala STAI, regresión logística

Variable	Ansiedad Rasgo Urgencias	Escala STAI ORa (IC 95%) UCI	Ansiedad Estado Urgencias	ORa (IC 95%) UCI
<i>Tiempo de dedicación</i>				
< 20 h/semana	1			
20-40 h/semana	6,9 (1,4-33,4)			
> 40 h/semana	0,6 (0,1-2,6)			
<i>Haberse planteado cambiar de profesión (Sí)</i>	3,1 (1,3-7,5)	4,79 (1,95-11,78)		
<i>Haberse planteado reelección profesión (Sí)</i>	0,3 (0,1-0,8)		0,1 (0,0-0,3)	0,39 (0,18-0,83)

ORa: odds ratio ajustada.

Aunque aproximadamente un tercio de los participantes habían recibido formación en gestión emocional, y que más del 97% de ellos, tanto en urgencias como en la UCI, manifestaron importante recibirla, esta capacitación especializada para el cuidado en situaciones emocionalmente complejas no apareció como un factor protector, a diferencia de otros estudios^{29,37}.

Aunque no se han encontrado intervenciones específicamente diseñadas para la FC y la ansiedad en nuestro entorno, existen medidas efectivas que brindan recursos y habilidades para promover la resiliencia^{24,38}. El alto riesgo, junto al deseo de los profesionales de recibir formación en gestión emocional, expone la necesidad de establecer planes formativos, así como medidas institucionales de prevención y de apoyo para la FC. Este punto es clínico y socialmente relevante, ya que, independientemente de las diferencias entre culturas, entornos u otros factores, el deseo de abandono aparece como una constante de carácter internacional.

En cuanto a las limitaciones, mencionar que los estudios transversales no permiten la valoración de la temporalidad, y, por tanto, el establecimiento de causa-efecto. La validez externa podría limitarse a los profesionales de los centros de un perfil semejante, lo cual se intentó reducir con un tamaño muestral elevado. El control de los factores confusores que podrían influir en los resultados se minimizó con el análisis de los datos mediante regresión logística.

Considerando que no existen grandes diferencias entre las dos unidades estudiadas, y estimándolas en conjunto, podemos concluir que las prevalencias de las escalas que exponen emocionalmente a los profesionales de forma negativa son notables en todas sus dimensiones. La falta de relación entre estas prevalencias y la mayoría de variables implica la ausencia de un perfil determinado, siendo la unidad de trabajo el factor más relevante. Dada la ausencia de datos en nuestro entorno, es clave el establecimiento de acciones educativas, preventivas y de soporte orientadas a paliar los efectos negativos en los profesionales y en la calidad de su atención. El abandonamiento se plantea como un importante reto de futuro.

Conclusiones

Las enfermeras de emergencias y de cuidados críticos muestran un alto riesgo de FC y de ansiedad, lo que las expone física y psicológicamente en relación con su trabajo.

El alto *burnout*, el ETS y la ansiedad están directamente relacionados con el deseo de abandono de las enfermeras en unidades altamente demandantes, aunque la ausencia de relación con características sociodemográficas, educativas o laborales hace difícil establecer un perfil de mayor riesgo. Este hecho sitúa a la profesión y las características de las unidades como el factor que más las expone a la FC.

Tomados en conjunto nuestros hallazgos y ligados a la demanda de los profesionales de ser formados en gestión emocional, destaca la necesidad de profundizar en los factores individuales y ambientales asociados a la FC. Su identificación debería guiar a las instituciones en el diseño y la implementación de políticas adecuadas de prevención, de capacitación y de apoyo.

Financiación

El presente estudio ha sido parcialmente financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, dentro del marco de las subvenciones para proyectos de investigación (PR-2117/15).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con el presente estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a todas y cada una de las enfermeras participantes su disposición, su proximidad y su interés.

Bibliografía

1. World Health Organization. Urgent health challenges for the next decade [Internet]. 2020 [consultado 26 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>.
2. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. Ginebra: International Council of Nurses; 2020.
3. Gibbons SW, Jeschke EA. Nursing ethics: A lifelong commitment. *Annu Rev Nurs Res*. 2016;34:1-14.

4. Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Murphy D. Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*. 2018;28:399–410.
5. Kanov J, Maitlis S, Worline M, Dutton J, Frost P, Lilius J. Compassion in organizational life. *Am Behav Sci*. 2004;47:808–27.
6. Cislighi B, Bukuluki P, Chowdhury M, Miranda AE, Kenny L, Kohli A, et al. Global health is political; can it also be compassionate? *J Glob Health*. 2019;9:8–11.
7. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya. *Bioètica & Debat: tribuna oberta de l'Institut Borja de Bioètica*. 2013;19:60.
8. Mottaghi S, Poursheikhali H, Shameli L. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Nurs Ethics*. 2020;27:494–504.
9. Figley CR. Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Brunner/Mazel; 1995. p. 268 pp.
10. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing (Lond)*. 1992;22:116–21.
11. Turgoose D, Maddox L. Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2017;23:172–85.
12. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. The concise manual for the Professional Quality of Life Scale. 2nd edition Baltimore: Pocatello; 2010. p. 78 pp.
13. Sydenham M, Beardwood J, Rimes KA. Beliefs about emotions, depression anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behav Cogn Psychother*. 2017;45:73–8.
14. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs*. 2017;26:172–6.
15. Morrison LE, Joy JP. Secondary traumatic stress in the emergency department. *J Adv Nurs*. 2016;72:2894–906.
16. Sacco T, Ciurzynski S, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Crit Care Nurse*. 2015;35:32–44.
17. Kelly LA, Lefton C. Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *Am J Crit Care*. 2017;15:130–48.
18. Borges EMN, Fonseca CINS, Baptista PCP, Queirós CML, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3175.
19. Yu H, Qiao A, Gui L. Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *Int Emerg Nurs*. 2021;55:100961.
20. Van Mol M, Kompanje E, Benoit D, Bakker J, Nijkamp M. The prevalence of compassion fatigue and burnout among health-care professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10:e0136955.
21. Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB. A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *J Trauma Nurs*. 2017;24:158–63.
22. Al Barmawi MA, Subih M, Salameh O, Sayyah Yousef Sayyah N, Shoaqir N, Abdel-Azeez Eid Abu Jebbeh R. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain Behav*. 2019;9:1–8.
23. Alharbi J, Jackson D, Usher K. Personal characteristics, coping strategies, and resilience impact on compassion fatigue in critical care nurses: A cross-sectional study. *Nurs Heal Sci*. 2020;22:20–7.
24. Lee Y-W, Dai Y-T, Chang MY, Chang Y-C, Yao KG, Liu M-C. Quality of work life nurses' intention to leave the profession, and nurses leaving the profession: A one-year prospective survey. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49:438–44.
25. NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report. NSI Nursing Solutions, Inc.; 2019.
26. Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25:1–10.
27. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Seisdedos N. STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA; 2011. p. 40 pp.
28. Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB. A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *J Trauma Nurs*. 2017;24:158–63.
29. Shoji K, Lesniewska M, Smoktunowicz E, Bock J, Luszczynska A, Benight CC, et al. What comes first, job burnout or secondary traumatic stress? Findings from two longitudinal studies from the U.S. and Poland. *PLoS One*. 2015;10:1–15.
30. Sydenham M, Beardwood J, Rimes KA. Beliefs about emotions, depression, anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behav Cogn Psychother*. 2017;45:73–8.
31. Milligan F, Almomani E. Death anxiety and compassion fatigue in critical care nurses. *Br J Nurs*. 2020;29:874–9.
32. Hunsaker S, Chen H-C, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47:186–94.
33. Huang CLC, Wu MP, Ho CH, Wang JJ. Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses: A nationwide longitudinal cohort study. *PLoS One*. 2018;13:10–4.
34. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47:186–94.
35. Andriani DA, Rustiyaningsih A, Haryanti F. Factors related to nurse's compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in pediatric care unit RSUP Dr Sardjito Yogyakarta. *Belitung Nurs J*. 2017;3:577–84.
36. Sawatzky J-AV, Enns CL, Legare C. Identifying the key predictors for retention in critical care nurses. *J Adv Nurs*. 2015;71:2315–25.
37. Todaro-Franceschi V. Critical care nurses' perceptions of preparedness and ability to care for the dying and their professional quality of life. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;32:184–90.
38. Winblad NE, Changaris M, Stein PK. Effect of somatic experiencing resiliency-based trauma treatment training on quality of life and psychological health as potential markers of resilience in treating professionals. *Front Neurosci*. 2018;12:70.