

# **ESTRES TRAUMATICO SECUNDARIO EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD: CONCEPCIONES TEÓRICAS Y PRESENTACIÓN DE ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL VILARDEBÓ.**

Autores: Lic. Federico Montero & Dr. David Martínez-Íñigo

Eje: Planificación en Recursos Humanos en Salud

Datos institucionales: Centro de Investigación en Psicología de la Salud Ocupacional, la Innovación y el Cambio Organizacional (CIPSOICO). Facultad de Psicología. Udelar

Correo electrónico: [fmontero@psico.edu.uy](mailto:fmontero@psico.edu.uy)

## **RESUMEN**

El objetivo de la presentación es transmitir concepciones teóricas y conceptuales sobre el Estrés Traumático Secundario y presentar un estudio de prevalencia realizado con RHS del Hospital Vilardebó. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en los profesionales que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó y confirmar su relación con otros procesos psicológicos y estrategias conductuales descritas en la literatura científica como relevantes para su evolución. Para ello se desarrolló un estudio de campo basado en una metodología de encuesta con un diseño transversal. Los participantes fueron 82 trabajadores y el acceso a la muestra fue de tipo incidental, no probabilístico. Se encontró una prevalencia considerable de ETS entre los participantes en el estudio. Aproximadamente 4 de cada 10 participantes presenta alta frecuencia de conductas intrusivas, evitativas y de activación, propias ETS. En esta muestra, el porcentaje de mujeres con la afección fue más de cinco veces mayor que en los varones. Se confirmó la asociación de tipo negativo con el Mindfulness, la Separación Emocional, las Conductas de Autocuidado, el Recovery y Realización Personal. Por otra parte, se confirmaron relaciones positivas con la historia de trauma personal del trabajador, la frecuencia de exposición a contenidos traumáticos de los usuarios, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Los autores

sugieren tener en consideración las limitaciones del estudio a la hora de extrapolar las conclusiones a la población objetivo. Se plantean recomendaciones estratégicas a los administradores en RHS para el diseño de programas de intervención en salud que tengan en cuenta el desgaste producto de llevar a cabo actividades laborales con población traumatizada. Por otra parte, se considera fundamental continuar realizando estudios relacionados

con el ETS tanto para estimar los niveles de prevalencia en los diferentes servicios de salud como para poder establecer relaciones de causalidad entre las variables y el desarrollo del fenómeno estudiado.

Palabras clave: Estrés Traumático Secundario, Recursos Humanos en Salud, Mindfulness, Trauma.

...

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometen, en el año 2005 al fortalecimiento de los RHS, generando condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. En octubre del 2007, ambos organismos internacionales definieron una serie de metas regionales en materia de RHS para el período 2007-2015 (OMS, OPS, 2007). En este documento se plantean cinco desafíos críticos. Se destaca la necesidad de generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población. Una de sus metas es que el 80% de los países de la región cuente con una política de salud y seguridad para los RHS, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo (OMS, OPS, 2005, 2007). Por otra parte, la OMS advierte que los avances de las tecnologías de la salud pueden tener poca repercusión en la salud humana si no existen sistemas sanitarios que acompasen tal desarrollo. El organismo internacional advierte que la falta de cuidado de los RHS repercute negativamente en la implementación de planes y programas de salud que desarrollan los estados para gestionar la salud de la población. Por lo tanto, el cuidado de los RHS es fundamental

para la adecuada implementación de las políticas sanitarias de los estados. En este sentido, la OMS considera que “el personal sanitario representa uno de los principales componentes de los sistemas de salud y se ha identificado como una prioridad de las actuaciones dirigidas a fortalecer dichos sistemas” (OMS, 2009, p.15) .De la mano y en concordancia con las recomendaciones internacionales detalladas anteriormente (OMS, OPS, 2005, 2007), el SNIS propone la importancia del cuidado de sus RHS, en tanto son la fuerza productiva involucrada directamente en el trato con los usuarios en los procesos de salud y enfermedad (Ley No 18.211, Parlamento Uruguayo).

Dentro de los trastornos que pueden padecer los RHS, se encuentran aquellas derivadas del estrés resultante del ejercicio de su actividad laboral en el ámbito sanitario. A nivel individual, el estrés laboral está asociado al desarrollo de múltiples enfermedades, favoreciendo lo accidentes laborales, el ausentismo y la rotación de personal, entre otros. A nivel institucional, el estrés laboral disminuye el rendimiento y la calidad de la atención de sus funcionarios (Blandin & Martínez-Araujo, 2005). En este sentido, la calidad de atención de los RHS se ve disminuida, lo que repercute negativamente en los resultados de su tarea, trasladándose de esta manera sus efectos a los usuarios de los servicios. Por estas razones, su estudio se ha vuelto una importante necesidad en los servicios de salud. Algunos autores plantean que el estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave en la actualidad, no solo afectando a los trabajadores al provocar incapacidad física o mental, sino también a los empleadores y los gobiernos, que comienzan a evaluar el perjuicio financiero que les causa el estrés (Tello, Tolmos, Vállez & Vázquez, 2001). La OMS ha definido a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados (OMS, 2000). Los últimos estudios plantean que el estrés laboral implica un elevado costo tanto a nivel humano como económico. Afecta tanto a la salud de los trabajadores, repercute negativamente sobre la organización en la que se encuentran debido al absentismo laboral, la baja productividad, el bajo rendimiento, la escasa motivación y el desánimo (Gil- Monte, Núñez-Román y Selva, 2006).

Los primeros estudios sobre las tensiones y el estrés relacionados con el trabajo y la actividad laboral se llevaron a cabo en los negocios y la industria. Posteriormente, los estudios se enfocaron en las profesiones sanitarias dedicadas al cuidado de seres humanos (Sprang, Clark, Whit-Woosley, 2007). A mediados de los años 70, se comienza a

investigar sobre el desgaste profesional, surgiendo el concepto de Burnout o síndrome del quemado (Freudenberger, 1974). En este sentido, el Burnout (BO) es una consecuencia conocida del trabajo asistencial con personas (Freudenberger, 1974; Maslach y Jackson, 1981, 1986; Gil-Monte y Peiró, 1997). Este concepto refiere a un fenómeno en el que el sujeto experimenta un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (Pines, Aronson, Kafry, 1989). Entre las diversas conceptualizaciones que ofrece la literatura en relación al Burnout (BO), una de las más utilizadas y operativas ha sido la de Maslach y Jackson a partir del diseño del cuestionario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI).

A fines de la década de 1980, una parte del mundo académico y científico en el campo de la Psicología se ha centrado en estudiar los efectos originados por el trabajo con personas que han transitado por situaciones traumáticas y de sufrimiento. Se comenzó a observar que las consecuencias de la exposición secundaria a eventos traumáticos son equivalentes a aquellas de la exposición directa (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004). El avance del desarrollo científico en esta área ha dejado ver que no solamente los RHS padecen de Burnout, sino que existen otras formas de expresión del desgaste laboral. En esta época, se comenzó a observar en los RHS ciertos efectos negativos incididos por mantener contacto frecuente con personas que transitaban por situaciones traumáticas y de sufrimiento. Se vio cómo los trabajadores que mantenían contacto empático con personas traumatizadas comenzaban a tener los mismos síntomas que estas. A este fenómeno Charles Figley lo denominó Estrés Traumático Secundario (ETS), comprendiéndolo como “aquellas emociones y conductas naturales resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro. Es el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a personas traumatizadas o que están sufriendo” (Figley, 1995, p.7). A partir de estos desarrollos, se comienza a complejizar la comprensión del estrés laboral y se comienza a tener en cuenta que no solo es originado por las condiciones ambientales, organizacionales y del contacto con seres humanos, sino que también su desarrollo está vinculado al contacto empático con sujetos que han transitado por situaciones traumáticas y de sufrimiento.

Las diversas situaciones traumáticas de nuestra población se enmarcan en un

contexto económico, cultural y político, donde parte de los mismos se ven inmersos en graves problemas de exclusión social, violencia, falta de redes de apoyo y sostén comunitario. Los RHS deben entrar en contacto día a día con estas realidades. Los efectos del trauma y de la violencia, no solo inciden en los sujetos que han transitado por las experiencias extremas sino que además los efectos negativos se trasladan de manera vicaria a los RHS y las organizaciones de salud. La afectación por el ETS pone en riesgo no solo la salud del profesional, sino que también incide negativamente en su rendimiento y en la calidad de su desempeño, volcándose estas consecuencias al servicio de salud al que pertenece y finalmente repercutiendo en los usuarios de tales servicios. En este sentido, los profesionales que trabajan con sobrevivientes de experiencias traumáticas, están indirectamente expuestos a las mismas experiencias de sus pacientes. Como resultado, aquellos que trabajan con sobrevivientes de eventos traumáticos pueden tornarse vulnerables ante el desarrollo de dificultades psicológicas (Cunningham, 2003).

Los RHS que han estado expuestos a las historias de sus pacientes/usuarios cargadas de dolor, miedo y sufrimiento, se pueden sentir de manera similar ya que están inmersos en un vínculo de preocupación por el otro. A este fenómeno Charles Figley en el año 1995 lo denominó ETS, comprendiéndolo como “aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro. Por lo cual, el ETS es el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a personas traumatizadas o que están sufriendo” (Figley, 1995; p.7). El ETS es el resultado directo y específico de las experiencias concretas de los profesionales de ayuda; es un riesgo profesional para los que optan por ayudar a los demás (Alkema, 2008). Otros autores plantean que es una forma de nominar los efectos negativos que se producen en las personas que trabajan en contacto directo con supervivientes de eventos traumáticos (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004). En su primer libro, Figley utilizó el término *Compassion Fatigue*, traducido al español como *Desgaste por Empatía (DE)* para referir al fenómeno mencionado. Este último término lo toma de una publicación del año 1992 cuando Joison usó el término *Compassion Fatigue* en la revista *Nursing* aplicándolo a la profesión de enfermería (Joison, 1992). El concepto describía el síndrome que muchas enfermeras padecían a causa de su exposición a las historias traumáticas de los pacientes que atendían.

Bride define al Estrés Traumático Secundario (Bride et al., 2004) como las secuelas

de la exposición secundaria a eventos traumáticos que son equivalentes a aquellas de la exposición directa, excepto que el trauma vivido directamente por la víctima es experimentado, en este caso, por el profesional que atiende a la víctima (Bride et al., 2004). El constructo es integrado por tres conjuntos de síntomas: intrusión, evitación y activación, que corresponden a los criterios B, C y D, respectivamente, del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) que sufren las víctimas directas del trauma (APA, 1995). En este sentido, el ETS se produce cuando una persona está influenciada secundariamente por las respuestas de estrés de otra persona, específicamente su paciente (Valent, 1995). De esta manera, el profesional comienza a experimentar la misma sintomatología que su paciente luego de haber transitado, este último, por una experiencia extrema que pudo haber derivado o no en la configuración de TEPT. Esta patología se ubica dentro de los trastornos de ansiedad que define el DSM en su cuarta edición de 1994 (APA, 1994). Se entiende como un conjunto de signos y síntomas que producen un deterioro significativo en la calidad de vida del que los padece y se asocian a haber transitado por una situación traumática, como puede ser una guerra, un desastre natural, situaciones de violencia, violaciones, torturas, etc. (APA, 1994).

En cuanto a la sintomatología asociada al ETS, los síntomas Intrusivos corresponden a la re-experimentación a través de recuerdos, pensamientos, flashbacks y sueños frecuentes relacionados con la experiencia traumática de los pacientes. Los síntomas evitativos incluyen la evitación constante de estímulos asociados al trauma de los pacientes, incapacidad de recordar aspectos significativos de la experiencia traumática por la que han transitado los pacientes y la reducción del interés por participar en actividades anteriormente significativas. Finalmente, los síntomas de aumento de la activación engloban la ansiedad, la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la irritabilidad, una baja concentración y la hipervigilancia. Todos ellos, elementos ausentes antes de haber entrado en contacto con las experiencias traumáticas de los pacientes (Figley, 1995, Bride et al., 2004). En función de las ideas presentadas anteriormente, el ETS es un tipo específico de desgaste laboral que surge debido al contacto con pacientes traumatizados. La condición necesaria, pero no suficiente para desarrollar ETS, es que el profesional tiene que haber entrado en contacto con pacientes que transitaran situaciones traumáticas en algún momento de su vida. En este sentido, el ETS se caracteriza por presentar síntomas propios del TEPT (DSM-IV)

en un gradiente que va desde muy poca sintomatología a severa (Bride et al., 2004).

Varios estudios han generado evidencia sobre las consecuencias en la salud de los RHS al ser afectados por el estrés laboral. Shapiro, Astin, Bishop y Cordova (2005) presentan una revisión sobre tales efectos y los organizan en dos dimensiones; una relacionada al daño personal y otra relacionada con los daños en la eficacia profesional (Shapiro, Astin, Bishop y Cordova; 2005). Esta revisión muestra que el ETS, aumenta de los niveles de depresión (Tyssen, Vaglum, Gronvold, & Ekeberg, 2001), disminuye de la satisfacción laboral (Blegen, 1993; Flanagan & Flanagan, 2002), desorganiza las relaciones Interpersonales (Gallegos, Bettinardi-Angres, & Talbott, 1990), aumenta los niveles de angustia psicológica (Jain, Lall, McLaughlin, & Johnson, 1996), aumenta el riesgo de suicidio (Richings, Khara, & McDowell, 1986), disminución de la atención (Smith, 1990), reducción de la concentración (Askenasy & Lewin, 1996), incidencia negativa en la capacidad para tomar decisiones (Klein, 1996); Lehner, Seyed- Solorforough, O'Connor, Sak, & Mullin, 1997), reducción de la competencia para establecer relaciones sólidas con los pacientes (Pastore, Gambert, Plutchik, & Plutchik, 1995) y aumenta el riesgo de padecer Burnout (Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002).

El ETS puede tener una expresión aguda en un momento determinado tras entrar en contacto con situaciones traumáticas experimentadas por los usuarios con los que el profesional desarrolla su actividad laboral. Si el ETS permanece sin resolverse, existe el riesgo de que el profesional pueda llegar a ser emocionalmente distante e incapaz de mantener un ambiente cálido y actitud empática y sensible hacia los pacientes (McCann & Pearlman, 1990) y que, eventualmente, pueda abandonar su lugar de trabajo y profesión.

Estudios clínicos y epidemiológicos con diseños transversales y descriptivos han encontrado altos niveles de prevalencia del ETS en diferentes muestras de profesionales: Utilizando la Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride et al., 2004), Guerra (2008) estudió la prevalencia del ETS en una muestra de Psicólogos Clínicos Chilenos (n=264) y halló que el 39% de los participantes se encontraron por encima del punto de corte de 38 puntos (Bride, 2008), por lo que presentan TEPT debido al ETS. De ésta muestra, los Psicólogos Clínicos que trabajan en un contexto laboral amplio (contextos laborales variados) (n=113) presentaron una prevalencia del 28% de presencia de ETS por encima

de los 38 puntos y los Psicólogos Clínicos que trabajan en centros de violencia (n=146) una prevalencia del 43%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ( $t = -2,640$ ;  $p < 0,01$ ) (Guerra y Saiz, 2007). Otro estudio, con 187 trabajadores de Servicios de Protección Infantil, encontró que el 34% de ellos presentó sintomatología de TEPT asociada al ETS (Bride, Jones, & MacMaster, 2007). Por otra parte, en el campo de la enfermería, se estimó la prevalencia del ETS en 67 enfermeros y enfermeras insertas en salas de emergencia de tres Hospitales Generales Comunitarios de California, Estados Unidos. Utilizando el criterio propuesto por Bride (2008), el 33 % de los enfermeros presentó sintomatología de TEPT por exposición secundaria (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Otro estudio analizó una muestra aleatoria de 464 enfermeras de la Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) y encontró que el 35% de las enfermeras informó sintomatología de moderada a graves en los niveles de ETS (Beck, & Gable, 2012). En otro estudio en 43 miembros del personal de una unidad de oncología para pacientes hospitalizados, el 37% de los que respondieron a una encuesta por correo presentó sintomatología de TEPT asociada al ETS (Quinal, Harford & Rutledge, 2009). Anteriormente, Bride (2007) estimó la prevalencia del ETS en 282 Trabajadores Sociales y halló que el 15% de los mismos cumplen criterios para TEPT. (Bride, B. E., 2007).

En reacción a nuestro país, no se han encontrados estudios publicados en revistas científicas que hayan explorado este constructo, por lo que se condiera de vital importancia contribuir al conocimiento de las afectaciones que los RHS de nuestro país pueden experimentar. Por ello se ha realizado un estudio no experimental, basado en una metodología de encuesta y un diseño transversal. El objetivo del mismo fue estimar la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en los profesionales que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó y confirmar su relación con otros procesos psicológicos y estrategias conductuales descritas en la literatura científica como relevantes para su evolución. Las variables estudiadas fueron: Estrés Traumático Secundario, Síndrome de Burnout, Empatía, Separación emocional, Mindfulness, Conductas de autocuidado, Recuperación luego del trabajo, Exposición y Trauma personal.



Para evaluar el Estrés Traumático Secundario se utilizó la Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004; adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007). Dicha escala está compuesta por 17 ítems que miden la frecuencia de síntomas intrusivos (ej: “hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar”), evitativos (ej: “evité personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes”) y de activación psicofisiológica (ej: “cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte”) que caracterizan el estrés traumático secundario. La escala de respuestas es de tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1 nunca a 5 con mucha frecuencia). El índice de consistencia interna fue  $\alpha = .91$ .

Durante los meses de octubre y noviembre de 2012, se invitó a participar del estudio a 150 funcionarios dentro del Hospital. Se invitó a participar a cada uno de los funcionarios con los que se mantuvo contacto al momento de la entrega de los formularios, por lo que el acceso a la muestra fue de tipo incidental, no probabilístico. A cada uno de los funcionarios se le explicó el marco general de estudio y se aclaró las condiciones de participación, siendo esta de manera voluntaria y con aceptación del consentimiento informado.

La codificación y análisis de los datos se realizó mediante el paquete de análisis estadístico SPSS 18.0. Antes de proceder al análisis de los datos, se confirmó alguna de las propiedades psicométricas de las escalas aplicadas. En concreto, la fiabilidad, medida como consistencia interna mediante el índice alpha de Cronbach. En cuanto a los análisis estadísticos realizados, estos fueron de tipo descriptivo para cada una de las variables medidas, calculándose los estadísticos de tendencia central y de dispersión pertinentes. Esto permitió evaluar el nivel de prevalencia del ETS en la muestra. Para las variables continuas y con el fin de comprobar la presencia de relaciones estadísticamente significativas entre ellas, se calculó las correlaciones bivariadas entre los antecedentes propuestos y el ETS.

El diseño de la investigación y sus investigadores garantizan el cumplimiento de las normativas nacionales sobre aspectos éticos en investigación: Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y acción de “Habeas Data” del 11 de agosto del 2008 y la

Ley N° 18.331, siendo avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Los participantes del presente estudio fueron 82 trabajadores del Hospital Vilardebó. El 70.4% fueron mujeres y el 29.6% varones. Las edades se distribuyeron entre los 23 y 65 años, siendo la media de 42.6 años ( $Dt=9.4$ ). La media en relación al tiempo de trabajo dentro del Hospital es de 9.8 años ( $Dt=7.9$ ). En cuanto a las profesiones, el 44% fueron Auxiliares de Enfermería, el 18% Licenciados en Psicología, el 9% Licenciados en Enfermería, el 9% Licenciados en Trabajo Social, el 9% Vigilantes, el 6% Psiquiatras, el 5% Talleristas de Centro Diurno y el 1% Médico General. En relación a los lugares de trabajo dentro del Hospital, el 40% desempeña su actividad laboral en Salas abiertas, el 21% en el Servicio de Emergencia, el 17% en el Centro Diurno, el 10% en Salas de seguridad, el 9% en Policlínica y el 4% restante en otros lugares.

Del total de los participantes, el 35,1% presenta ausencia o escasos síntomas de ETS, el 28,4% leves, el 13,5% moderados, el 8,1% altos y el 14,9 severos. Bride (2007) considera que a partir de los 38 puntos en la EETS el profesional presenta sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático debido al Estrés Traumático Secundario. A partir de este criterio se observa que el 36,5% de los participantes presenta sintomatología de TEPT debido al ETS.

Se encontró una prevalencia considerable de ETS entre los participantes en el estudio. Más de un tercio presentó altos niveles de sintomatología asociada al Estrés Traumático Secundario, cumpliendo los criterios que configuran un Trastorno por Estrés Postraumático derivado de la exposición secundaria al trauma. Es decir que aproximadamente 4 de cada 10 participantes presenta alta frecuencia de conductas intrusivas, evitativas y de activación, propias del Estrés Traumático Secundario asociado al trabajo con los usuarios en el Hospital Vilardebó. Otros estudios han encontrado niveles de prevalencia similares en diversas poblaciones relacionadas con el campo de la salud (Guerra, 2008; Guerra y Saiz, 2008; Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMaster, S. A, 2007; Dominguez-Gomez, Rutledge, D; 2009, Beck, C., & Gable, R. 2012; Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D., 2009).

El estudio también pone de manifiesto la necesidad de incluir una perspectiva de género en los estudios relacionados con la traumatización secundaria y el desarrollo del ETS. En este sentido, uno de los hallazgos a resaltar es la diferencia significativa entre ser varón y mujer en relación a la existencia de sintomatología del ETS. En esta muestra, el porcentaje de mujeres con ETS fue más de cinco veces mayor que en los varones.

En cuanto a las otras variables estudiadas, se confirmó la asociación de tipo negativo con el Mindfulness, la Separación Emocional, las Conductas de Autocuidado, el Recovery y Realización Personal. Por otra parte, se confirmaron relaciones positivas con la historia de trauma personal del trabajador, la frecuencia de exposición a contenidos traumáticos de los usuarios, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización.

Algunas de las limitaciones del estudio deben ser explicitadas para aumentar la objetividad al momento de interpretar los resultados. Sobre la muestra no es posible saber si es o no representativa de la población objetivo ya que se utilizó un muestreo por conveniencia y no muestreo aleatorio simple. En todo caso, la tasa de respuesta fue baja. La participación voluntaria en el estudio puede llevar asociado un sesgo de selección de manera que los trabajadores que decidieron completar el cuestionario pudieran presentar un perfil específico vinculado con sus niveles de ETS. Es posible hipotetizar un sesgo en ambos sentidos. Por una parte, cabe pensar que las personas con mayor ETS muestren menor compromiso con la organización y menor disposición a colaborar con un estudio. Por otro, podría suponerse que los trabajadores con ETS están más sensibilizados con la temática y, por tanto, más motivados para participar. Por los motivos expuestos, se sugiere interpretar con cautela dicho resultado a la hora de hacer referencia a la población objetivo y ampliar las muestras encuestadas en futuros estudios.

Debido a las consecuencias negativas para el estado de salud del individuo y sus repercusiones a nivel interpersonal y laboral que se desprenden de ser afectados por sintomatología asociada al ETS, se considera estratégico que los actores responsables implementen estrategias para el cuidado de la salud de sus trabajadores y de los usuarios de sus servicios. Dentro de ellas se destaca la importancia de desarrollar, implementar y evaluar dispositivos de intervención en el campo de la prevención en salud así como también en el tratamiento psicoterapéutico de quienes presentan un diagnóstico positivo.

Se considera importante tomar en cuenta los datos aportados por el presente estudio sobre las variables que se asocian con el ETS al momento de diseñar estrategias de prevención y promoción en salud ocupacional. Tanto las estrategias de regulación emocional (mindfulness y separación emocional), así como también las estrategias conductuales (conductas de autocuidado y Recovery) han mostrado asociación con la presencia de sintomatología asociada al ETS.

Aquellos trabajadores afectados por el Trastorno por Estrés Postraumático incidido por la exposición secundaria al trauma pueden disponer de tratamientos empíricamente estudiados y sugeridos por la OMS para la intervención este trastorno. En el año 2013, tanto la Terapia Cognitivo Conductual focalizada en trauma y la Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (EMDR), son sugeridas por la OMS como intervenciones psicoterapéuticas que deben de ser consideradas para tratar adultos con Trastorno por Estrés Postraumático (WHO, 2013).