

SÍNDROME DE TRAUMA VICARIO EN ENFERMEROS QUE TRABAJAN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

VICARIOUS TRAUMA SYNDROME IN NURSES WORKING IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Recibido: 22/05/2026 - **Aceptado:** 24/05/ 2026

Denisse Yamileth Cárdenas Alban

Estudiante de la Universidad Técnica de Ambato
Ambato – Ecuador

dcardenas0255@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-9766-0896>

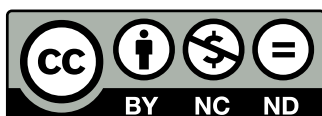
María de los Ángeles Estrella Gonzalez

Docente de la Universidad Técnica de Ambato
Ambato – Ecuador

Doctora en Ciencias de la Salud
Universidad del Zulia
mdla.estrella@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-0806-113X>

Como citar este artículo:

Cárdenas Alban, D. Y. & Estrella Gonzalez, M.Á. (Enero- Julio) Síndrome de trauma vicario en enfermeros que trabajan en Unidad de Cuidados Intensivos. *Horizontes de Enfermería*, Vol. 16 Núm. 2, 82 - 98. <https://doi.org/10.32645/13906984.1503>



Resumen

El síndrome de trauma vicario (STV) afecta a profesionales expuestos de forma repetida al sufrimiento ajeno. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde la mortalidad y el dolor son parte del trabajo cotidiano, el personal de enfermería enfrenta un riesgo elevado. En Ecuador, la investigación sobre STV en enfermeros de UCI es escasa, y los programas de prevención institucional, inexistentes. El objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa en la disminución de los síntomas del síndrome de trauma vicario en el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos. Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental con un diseño de un solo grupo y mediciones antes y después de la intervención. La población fue de 24 enfermeras de la UCI del Hospital General Docente Ambato; la muestra final incluyó 14 participantes con sintomatología sugestiva de STV, seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó la escala de estrés traumático secundario (STSS) y se implementó una intervención psicoeducativa de dos sesiones grupales de 15 minutos. En el pretest, el 35,7 % del personal presentó niveles moderados o altos (media STSS: $38,29 \pm 10,56$). Tras la intervención, la puntuación disminuyó a $32,50 \pm 7,48$ ($\Delta=5,79$; $p<0,001$); el nivel alto desapareció, y el porcentaje con nivel bajo aumentó del 64,3 % al 78,6 %. La intervención psicoeducativa logró una disminución significativa de los síntomas en enfermeras de UCI y demostró fácil implementación sin alterar la dinámica asistencial del servicio, siendo de utilidad para los programas institucionales de salud mental orientados a enfermería de unidades críticas.

Palabras clave: Enfermería; estrés traumático secundario; fatiga por compasión; síndrome de trauma vicario; unidad de cuidados intensivos.

Vicarious trauma syndrome (VTS) affects professionals repeatedly exposed to the suffering of others. In intensive care units (ICUs), where mortality and pain are part of the daily work, nursing staff face a high risk. In Ecuador, research on VTS in ICU nurses is scarce, and institutional prevention programs are non-existent. The objective was to evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention in reducing the symptoms of vicarious trauma syndrome in the nursing staff of the intensive care unit. A quasi-experimental study was conducted with a single-group design and measurements before and after the intervention. The population consisted of 24 nurses from the ICU of the Ambato General Teaching Hospital; the final sample included 14 participants with symptoms suggestive of STV, selected through non-probabilistic convenience sampling. The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) was applied, and a psychoeducational intervention consisting of two 15-minute group sessions was implemented. In the pretest, 35.7% of the staff presented moderate or high levels (STSS mean: 38.29 ± 10.56). After the intervention, the score decreased to 32.50 ± 7.48 ($\Delta=5.79$; $p<0.001$); the high level disappeared, and the percentage with a low level increased from 64.3% to 78.6%. The psychoeducational intervention achieved a significant reduction in symptoms among ICU nurses and demonstrated easy implementation without altering the service's care dynamics, being useful for institutional mental health programs aimed at nursing in critical units.

Keywords: Nursing; secondary traumatic stress; compassion fatigue; vicarious trauma syndrome; intensive care unit.

Introducción

El síndrome de trauma vicario (STV) es una manifestación psicológica que afecta a profesionales de la salud expuestos de manera reiterada al dolor, sufrimiento y muerte de otras personas. Este concepto fue descrito por primera vez por McCann y Pearlman (1990), quienes lo definieron como un tipo de traumatización indirecta en la que el trabajador no vive el evento traumático de forma personal, pero desarrolla síntomas emocionales y cognitivos derivados de la empatía profunda con quienes lo padecen (McCann y Pearlman, 1990). En el ámbito sanitario, se manifiesta en forma de intrusión de recuerdos, alteraciones del sueño, hipervigilancia, sentimientos de impotencia, pérdida de propósito y dificultades en las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Asimismo, APA (2013) registra la exposición indirecta a eventos traumáticos como criterio del trastorno de estrés postraumático, lo que permite comprender el trauma vicario en los profesionales que, como parte de su labor, escuchan o presencian relatos de sufrimiento, violencia o muerte.

El STV no debe confundirse con el *burnout* ni con la fatiga por compasión, aunque los tres comparten características comunes. Por una parte, el *burnout* surge de la sobrecarga laboral sostenida y se expresa en despersonalización, agotamiento crónico y pérdida de realización profesional (APA, 2013). En cambio, la fatiga por compasión, se produce por la exposición reiterada al dolor ajeno y deteriora progresivamente la capacidad empática (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). El STV se distingue por estar relacionado con el impacto indirecto del trauma, donde el profesional a cargo, a través del trauma del paciente, sufre las repercusiones de este aun sin haber vivido el acontecimiento (APA, 2013; McCann y Pearlman, 1990).

A nivel global, la OMS (2024) señala que hasta el 50 % de los trabajadores de la salud presentan secuelas de este trauma o fatiga por compasión. Estas cifras tienen repercusiones concretas, reflejadas en errores clínicos, deterioro de la relación terapéutica y aumento de la rotación del personal, que, en conjunto, afectan la seguridad del paciente. Dentro de este grupo, el personal de enfermería presenta una mayor vulnerabilidad por el contacto continuo con pacientes críticos y sus allegados, pero también, debido a su elevado grado de empatía durante la atención y el cuidado (Sáenz, 2024; Velasco Rodríguez, 2022).

En este escenario, las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen uno de los entornos con mayor riesgo para el desarrollo de este síndrome, debido a la atención de pacientes críticos, las altas tasas de mortalidad, la exposición al sufrimiento y el proceso de agonía, junto con la necesidad de tomar decisiones urgentes, que configuran un contexto predisponente (Gómez et al., 2015). De igual forma, estudios realizados en países de Europa, Asia y Oceanía han identificado prevalencias significativas de trauma vicario en enfermeros de áreas críticas, confirmando que este fenómeno trasciende fronteras geográficas y culturales (Alharbi et al., 2020; Jakimowicz et al., 2018; Velasco Rodríguez, 2022).

Asimismo, en el contexto latinoamericano, varias investigaciones sobre trauma vicario en personal de enfermería revelan prevalencias preocupantes. En esta línea, los resultados de un estudio multicéntrico realizado en Colombia señalaron que el 49,3 % de los enfermeros de UCI presentaba niveles medios de trauma por compasión; el 56,3 %, *burnout*, y el 45,7 % tenía baja satisfacción por compasión; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas según factores

sociodemográficos (Cáceres Rivera et al., 2021). Estos hallazgos indican que aproximadamente más de la mitad del personal de enfermería que trabaja en áreas críticas experimenta algún grado de atestación emocional relacionada con la exposición al sufrimiento ajeno.

A su vez, resultados similares se han documentado en otros países de la región. Investigaciones en Guatemala reportaron elevados niveles de agotamiento emocional en enfermeros hospitalarios que laboraban en áreas críticas, identificando la sobrecarga laboral y la exposición a situaciones de dolor y muerte como factores centrales en la aparición del trauma vicario (Mubarak et al., 2018).

En el contexto ecuatoriano, la información acerca de este síndrome en enfermeros y enfermeras es limitada, lo cual constituye un vacío importante en el campo de la investigación nacional, especialmente en unidades de alta complejidad como las UCI. La mayoría de los estudios disponibles se han enfocado en el estrés laboral, el *burnout* y la satisfacción laboral, dejando de lado de manera específica el análisis del trauma vicario en contextos de alta complejidad como las UCI (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2014). Esto evidencia la necesidad de investigaciones que permitan dimensionar la magnitud del problema y diseñar estrategias de intervención adaptadas al contexto ecuatoriano.

Particularmente, el Hospital General Docente Ambato, en calidad de institución de referencia regional, concentra gran parte de la atención crítica de Tungurahua y de las provincias cercanas. En este contexto, los enfermeros de UCI se encuentran en contacto permanente con situaciones traumáticas, sin contar con protocolos institucionales de prevención o tratamiento del STV (Gómez et al., 2015). Esta situación compromete la salud mental del personal, lo cual afecta la calidad del cuidado y aumenta el riesgo de errores en la atención.

Además, la presencia del síndrome de trauma vicario en Ecuador se ve agravada por factores estructurales del sistema de salud. El personal de enfermería que trabaja en UCI del Hospital General Docente Ambato afronta altas cargas laborales, extensas jornadas, constante exposición al sufrimiento y la muerte y, sumado a esto, la inexistencia de programas de apoyo psicológico estructurados (Gómez et al., 2015; Velasco Rodríguez, 2022). A ello, se añade la limitada disponibilidad de profesionales en psicología de la salud y la ausencia de protocolos específicos para la prevención, lo que restringe las posibilidades de intervención oportuna (MSP, 2014).

A pesar de esta realidad que experimenta el personal de enfermería, en el país existe una limitada producción científica sobre el STV en áreas críticas como las UCI (Cáceres Rivera et al., 2021; Sáenz, 2024). La mayoría de las investigaciones se han centrado en el estrés laboral y el *burnout*, lo que evidencia un vacío importante en el abordaje del deterioro emocional del personal de enfermería, ya que no se trata de un asunto privado, sino de un fenómeno que repercute en el desempeño clínico, en la toma de decisiones y en el vínculo que establece con el paciente (Cáceres Rivera et al., 2021; Gómez et al., 2015; Salimi et al., 2020).

Adicional a ello, se evidencia un problema cultural: cuando las instituciones consideran el sufrimiento emocional como algo inherente a la profesión, el problema se vuelve invisible y el personal que lo padece rara vez busca apoyo. El resultado conlleva a un ciclo de desgaste que erosiona la empatía y, con ella, la calidad del cuidado (Cáceres Rivera et al., 2021).

En este contexto, el presente estudio se justifica en la necesidad de generar evidencia científica sobre el trauma vicario en el personal de enfermería y evaluar estrategias de intervención que contribuyan a su abordaje. La implementación de una intervención educativa orientada al manejo del estrés y al fortalecimiento del autocuidado permitirá aportar información relevante

para el diseño de programas institucionales de apoyo emocional. Los resultados del estudio podrán beneficiar directamente al personal de enfermería mediante el fortalecimiento de sus estrategias de afrontamiento, e indirectamente a los pacientes y a las instituciones de salud, al favorecer una atención más segura, humanizada y de calidad y estos hallazgos podrán ser replicados en otros contextos hospitalarios similares (Kelly y Todd, 2017; MSP, 2014).

El propósito de la investigación fue analizar el impacto de una intervención educativa para disminución de los síntomas del STV en el personal de enfermería de la UCI. Se planteó como hipótesis de investigación (H1) que la intervención psicoeducativa reduciría los síntomas del síndrome de trauma vicario en el personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente Ambato, frente a la hipótesis nula (H0), que sostenía la ausencia de diferencias entre las mediciones pretest y posttest.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cuasiexperimental, prospectiva, con diseño pretest-posttest en un solo grupo (Hernández Sampieri, 2014). Este diseño permitió evaluar la efectividad de una intervención educativa, comparando los niveles de síntomas del STV antes y después de su aplicación en el mismo grupo de participantes.

Participaron 24 profesionales del área de enfermería que pertenecían a UCI del Hospital General Docente Ambato al momento del estudio. Se aplicó la escala de estrés traumático secundario (STSS) como herramienta para recolectar información de la población e identificar los niveles de síntomas del STV. Posteriormente, mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, se conformó una muestra final de 14 participantes con sintomatología sugestiva de trauma vicario. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionó a aquellos profesionales que cumplieron con los criterios establecidos y aceptaron voluntariamente participar en la intervención educativa (Otzen y Manterola, 2017).

Parámetros de selección

Se determinaron los siguientes criterios de inclusión:

- Enfermeros y enfermeras con al menos seis meses de experiencia laboral en la UCI del Hospital General Docente de Ambato.
- Profesionales que obtuvieron puntuaciones sugestivas de síntomas de trauma vicario en la evaluación inicial con la escala STSS.
- Profesionales que firmaron el consentimiento informado de participación voluntaria en el estudio.

Y, además, los criterios de exclusión que se enumeran enseguida:

- Profesional de enfermería con menos de seis meses en la UCI.
- Aquellos profesionales que no aceptaron participar forma libre y voluntaria.
- Personal que presentaba diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos que requería tratamiento especializado.

Para la recolección de datos se utilizó la escala de estrés traumático secundario (Secondary Traumatic Stress Scale o, por sus siglas en inglés, STSS), la cual fue aplicada en dos momentos, pretest y postest, con el propósito de evaluar los síntomas del STV. El instrumento estuvo compuesto de 17 ítems, distribuidos en tres subescalas (intrusión, evitación e hiperactivación/excitación), cuyas respuestas se registraron en una escala Likert de cinco puntos (1 = nunca; 5 = muy a menudo), con un rango total de 17 a 85 puntos agrupados en tres categorías: nivel bajo (17 a 38 puntos), moderado (39 a 56 puntos) y alto (57 puntos o más). La escala presentó una adecuada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 para el instrumento en su conjunto, al igual que las subescalas, cuya confiabilidad alcanzó valores de 0,80 para intrusión, 0,87 para evitación y 0,83 para excitación (Jacobs et al., 2019).

La intervención educativa fue desarrollada por la investigadora, con supervisión de la psicóloga de la Universidad Técnica de Ambato, quien revisó y validó los contenidos. Esta actividad se llevó a cabo mediante dos sesiones grupales presenciales de 15 minutos de duración cada una.

La primera sesión estuvo orientada al reconocimiento del STV, su definición, sus repercusiones emocionales, causas, manifestaciones principales y señales de alerta. Durante la segunda sesión, los temas abordados fueron sobre estrategias para el manejo del estrés y autocuidado profesional, técnicas de respiración consciente, pausas activas, organización del tiempo y fortalecimiento de redes de apoyo.

Para la ejecución de las sesiones, estas se dividieron en tres momentos: apertura, donde se exploró conocimientos previos; desarrollo, con exposición de contenidos, análisis de casos; y cierre, el mismo que integró y sintetizó los aprendizajes y permitió la entrega del material de apoyo diseñado, en forma de folletos y trípticos informativos como refuerzo de lo .

Respecto a los datos obtenidos mediante la escala STSS en el pretest y el postest, estos fueron registrados en una base de datos y analizados con el *software* estadístico SPSS, donde la variable a estudiar se trató como cuantitativa continua. Se realizó un análisis descriptivo con cálculo de medias, desviaciones estándar y frecuencias para caracterizar los niveles de trauma vicario. La efectividad de la intervención se evaluó mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. El análisis de los datos mostró diferencias significativas entre los valores del pretest y del postest.

Cabe destacar, adicionalmente, que el estudio se realizó en el marco del respeto a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional vigente en investigación con seres humanos. Antes de la participación, se explicó a los profesionales de enfermería sobre los objetivos, el procedimiento y los posibles riesgos del estudio y, posteriormente, los participantes firmaron el consentimiento informado. La confidencialidad de los datos se preservó mediante códigos de identificación y se garantizó el derecho a retirarse sin consecuencias en cualquier momento. El protocolo contó con la aprobación del Hospital General Docente Ambato y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Resultados

En este estudio, se evaluó el nivel de estrés traumático secundario en el personal de enfermería antes y después de la intervención educativa, mediante la aplicación de un pretest y un postest que permiten determinar los cambios y su efectividad.



Tabla 1

Datos sociodemográficos de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	14	100,0
	25-34	9	64,3
Edad	35-44	4	28,6
	45-54	1	7,1
Estado civil	Casada	10	71,4
	Soltera	4	28,6
Nivel educativo	Licenciatura	10	71,4
	Especialista	1	7,1
	Maestría	2	14,3
	Doctorado	1	7,1
Experiencia UCI	1-3 años	12	85,7
	7-10 años	1	7,1
	Más 10 años	1	7,1
	30 a 40 horas	2	14,3
Jornada laboral semanal	41 a 50 horas	12	85,7
	1	12	85,7
Numero de trabajos	2	1	7,1
	2 a 3	1	7,1

		Frecuencia	Porcentaje
Convivencia familiar	Hijo	1	7,1
	Padres o familiares	2	14,3
	Pareja	1	7,1
	Pareja e hijos	10	71,4
Numero hijos	0	2	14,3
	1	7	50
	2	4	28,6
	3 o más	1	7,1
Participa en grupos comunitarios	Activamente	1	7,1
	No	9	64,3
	Ocasionalmente	4	28,6
Realiza actividades recreativas	Deporte	6	42,9
	Lectura	2	14,3
	Ninguna	6	42,9
Total		14	100

Los datos presentados en la Tabla 1 revelan que la totalidad de participantes es de sexo femenino (100 %), con predominio del grupo etario de 25 a 34 años (64,3 %) seguido del grupo de 35 a 44 años (28,6 %); el 71,4 % está casada, posee licenciatura y cuenta con 1 a 3 años de experiencia en la UCI; el 85,7 % trabaja entre 41 y 50 horas semanales y mantiene un solo empleo; además, el 71,4 % convive con su pareja e hijos, el 50 % tiene un hijo, y el 28,6 % tiene dos hijos. En cuanto a las actividades extralaborales, el 64,3 % no participa en grupos comunitarios y el 42,9 % no realiza actividades recreativas, lo que refleja una baja participación en espacios de integración social y desconexión fuera del trabajo, aunque el 42,9 % practica actividad física y el 14,3 % dedica tiempo a la lectura como estrategia de autocuidado. En conjunto, estos resultados describen una

población profesional joven, con responsabilidades familiares significativas y sobrecarga horaria laboral elevada, así como una limitada participación en eventos comunitarios y recreativos.

Pretest

Tabla 2

Escala de estrés traumático secundario

Dimensión	Media (M)	Desviación estándar (DE)
Intrusión	2,40	0,80
Evitación	2,22	0,66
Hiperactivación o excitación	2,14	0,64

Los resultados del pretest por dimensiones de la escala STSS, presentados en la Tabla 2, muestran que las tres subescalas evaluadas registran puntuaciones medias ubicadas entre 1,81 y 2,60, lo que corresponde a una sintomatología de baja a moderada en el grupo evaluado; la dimensión con mayor puntuación es la intrusión ($M = 2,40$; $DE = 0,80$), seguida de la evitación ($M = 2,22$; $DE = 0,66$) y la excitación/hiperactivación ($M = 2,14$; $DE = 0,64$), y refleja con mayor frecuencia pensamientos no deseados, sueños perturbadores e imágenes intrusivas relacionadas con experiencias traumáticas laborales, además de una variabilidad heterogénea en la presentación de síntomas entre los participantes ($DE = 0,80$). Aunque estos resultados se ubican en un nivel bajo de la escala, resultan relevantes dado el contexto de alta exposición al sufrimiento propio de la UCI y justifican la implementación de intervenciones dirigidas al manejo del estrés traumático secundario.

Tabla 3

Clasificación del nivel de estrés traumático secundario

Nivel STSS	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	9	64,3
Nivel moderado	4	28,6
Nivel alto	1	7,1
Total	14	100

Los resultados presentados en la Tabla 3 muestran la clasificación del nivel de estrés traumático secundario previo a la intervención educativa. Se observa que el 64,3 % de participantes presenta un nivel bajo; el 28,6 %, un nivel moderado, y el 7,1%, un nivel alto.

Estos datos indican que, si bien la mayoría del personal de enfermería de la UCI se encuentra en un nivel bajo de sintomatología, más de un tercio del grupo evaluado presenta niveles moderados y altos de estrés traumático secundario. Asimismo, la presencia de una enfermera con nivel alto refleja la existencia de casos individuales dentro del grupo evaluado.

Intervención educativa

La intervención educativa fue diseñada con el objetivo de fortalecer el reconocimiento del síndrome de trauma vicario (STV) y promover estrategias de autocuidado, así como estrategias básicas de manejo del estrés en el personal participante. La intervención comprendió dos sesiones de 15 minutos, organizadas en apertura, desarrollo y cierre cada una.

La primera sesión se orientó al reconocimiento del STV y sus efectos emocionales, mediante la revisión de conceptos relacionados con el agotamiento emocional, fatiga por compasión y sobrecarga empática. Además, se presentó un caso hipotético en el que se describió a un profesional de enfermería, para la identificación de señales de alerta en el entorno laboral de la UCI.

En la segunda sesión, se centró la atención sobre estrategias de afrontamiento y autocuidado, incorporando técnicas de respiración guiada, pausas activas, organización del tiempo y fortalecimiento de redes de apoyo orientadas al manejo del estrés.

Postest

Tabla 4

Escala de estrés traumático secundario

Dimensión	Media (M)	Desviación estándar (DE)
Intrusión	2,00	0,55
Evitación	1,89	0,44
Hiperactivación o excitación	1,84	0,47

Los resultados del postest en la Tabla 4 muestran una reducción en las puntuaciones medias de las tres dimensiones evaluadas en comparación con el pretest: la dimensión intrusión disminuye de 2,40 a 2,00 ($\Delta=0,40$); la evitación, de 2,22 a 1,89 ($\Delta=0,33$); y la excitación, de 2,14 a 1,84 ($\Delta=0,30$), y todas se mantienen dentro del rango esperado, aunque con un desplazamiento hacia valores más bajos en la escala Likert. La dimensión de intrusión continúa siendo la de mayor puntuación ($M = 2,00$; $DE = 0,55$), pero con una dispersión menor respecto al pretest, lo que resulta consistente con los datos de clasificación general presentados en las Tablas 3 y 5.

Tabla 5

Clasificación del nivel de estrés traumático secundario

Nivel STSS	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	11	78,6
Nivel moderado	3	21,4
Total	14	100

Los datos de la Tabla 5 muestran la clasificación del nivel de estrés traumático secundario posterior a la intervención: el 78,6 % de las participantes presenta un nivel bajo, y el 21,4 %, un nivel moderado, lo que representa una mejora notable respecto a la evaluación inicial, donde el 64,3 %, el 28,6 % y el 7,1 % presentan, en ese orden, nivel bajo, moderado y alto.

El incremento de 14,3 puntos porcentuales en la categoría de nivel bajo y la ausencia de casos en el nivel alto sugieren una reducción en la sintomatología dentro del grupo evaluado. Asimismo, la presencia de un 21,4 % en el nivel moderado refleja que todavía existe un segmento del personal que requiere intervenciones adicionales.

Tabla 6

Comparación de niveles de estrés traumático secundario (pretest y posttest)

Nivel STSS	Pretest n (%)	Posttest n (%)
Bajo	9 (64,3)	11 (78,6)
Moderado	4 (28,6)	3 (21,4)
Alto	1 (7,1)	0 (0,0)
Total	14 (100)	14 (100)

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 6, se observa un incremento en el porcentaje de participantes con nivel bajo de estrés traumático secundario (de 64,3 % a 78,6 %); mientras que en el posttest no hay registro de casos en nivel alto y se reduce el nivel moderado, lo que refleja una mejora en la distribución de los niveles de estrés posterior a la intervención.

Tabla 7
Prueba t de Student para muestras relacionadas

Variable	Pretest (Media $\pm$ DE)	Postest (Media $\pm$ DE)	Diferencia	p valor
STSS	38,29 $\pm$ 10,56	32,50 $\pm$ 7,48	5,79	<0,001

Los resultados presentados en la Tabla 7 muestran la comparación estadística entre las puntuaciones obtenidas en el pretest y el postest mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas: la puntuación media en la escala STSS es de 38,29 $\pm$ 10,56 en el pretest, frente a 32,50 $\pm$ 7,48 en el postest, lo que representa una diferencia de 5,79 puntos con significancia estadística ($p < 0,001$).

Discusión

Los resultados del presente estudio evidenciaron que la intervención educativa grupal provocó una reducción estadísticamente significativa de los síntomas del STV en el personal de enfermería de la UCI del Hospital General Docente Ambato, con una disminución de 5,79 puntos en la puntuación media de la escala STSS (pretest: 38,29 $\pm$ 10,56; postest: 32,50 $\pm$ 7,48; $p < 0,001$). Antes de la intervención, el 35,7 % del personal presentaba niveles moderados o altos de estrés traumático secundario, proporción que se redujo al 21,4 % en el postest, con desaparición del nivel alto. Estos hallazgos respaldan el uso de intervenciones breves orientadas al reconocimiento del trauma vicario y al fortalecimiento de estrategias de autocuidado en contextos de alta complejidad asistencial.

En concordancia con lo anterior, Robinson et al. (2022) reportaron una reducción importante de 9,2 puntos en la STSS (de 47,00 a 37,78; $p = 0,007$) tras aplicar un programa de recuperación acelerada con componentes educativos y de resiliencia en enfermeras de urgencias de Estados Unidos, partiendo de un nivel basal más elevado. De igual forma, Zacharias y Upendra (2023) evidenciaron una reducción de 4,33 puntos en la subescala STS del ProQOL (de 37,40 a 33,07; $p < 0,001$) a través de un programa de resiliencia con diseño cuasiexperimental en enfermeros hospitalarios de India, cuyo valor pretest (37,4) mostró una coincidencia muy idéntica al presente estudio (38,29). Estos estudios concluyen que los programas educativos centrados en el trauma secundario dan como resultado las reducciones en rangos comparables a los del presente estudio.

Fu et al. (2021), en un estudio experimental con grupo control en enfermeras taiwanesas, evaluaron un programa educativo denominado 3R y obtuvieron reducciones estadísticamente significativas del estrés traumático secundario (STS) que se mantuvieron hasta 12 semanas después de la intervención ($p < 0,001$), lo que indica una persistencia de los efectos más allá del período inmediato. En cuanto a los niveles basales, Yao et al. (2024) reportaron en enfermeros de UCI y urgencias de China una media STSS de 33,83 (DE = 12,74), inferior al pretest del presente estudio (38,29), lo que sugiere un mayor nivel de sintomatología en la población evaluada.

Desde una perspectiva epidemiológica, los datos basales de este estudio coinciden con hallazgos de investigaciones previas en contextos similares. Cáceres Rivera et al. (2021) encontraron niveles medios de trauma por compasión in el 49,3 % de profesionales enfermeros de la UCI en



Colombia, hallazgos consistentes con la prevalencia de sintomatología moderada a alta observada en el pretest del Hospital General Docente de Ambato (35,7 %). Otro estudio realizado por Al Barmawi et al. (2025) reportó en enfermeros de cuidados críticos de Jordania una media STSS de 40,93 (DE = 11,26), comparable al pretest ecuatoriano, con la hiperactivación como dimensión más prevalente, patrón que coincide con el presente estudio. Asimismo, Ariapooran et al. (2022) documentaron en UCI iraníes una media STSS de 44,38 (DE = 14,32) y en servicios de urgencias de 38,90, este último valor comparable al pretest del Hospital General Docente de Ambato, lo que muestra similitud en los niveles basales de sintomatología en contextos hospitalarios.

Es importante mencionar que no se observaron resultados positivos en todas las investigaciones interventoras. Por ejemplo, Partlak et al. (2022) no identificaron diferencias significativas entre grupos de enfermeras clínicas en sus niveles de fatiga por compasión ni de STS después de implementar un programa cognitivo-conductual general, aparte reportaron una disminución del malestar psicológico global, datos que difieren de los obtenidos ahora; se sugiere que la eficacia de la intervención está más relacionada con el uso de contenidos dirigidos al STS. De manera similar, Piras et al. (2024) encontraron que las estrategias de afrontamiento positivas actúan como factor modulador del impacto del trauma vicario sobre la salud mental de enfermeros italianos.

La reducción del STS observada en el presente estudio puede explicarse por la naturaleza específica de la intervención. Se combinó educación sobre el síndrome de trauma vicario con prácticas de manejo del estrés. Estos elementos fueron identificados como medidas preventivas de moderada a alta efectividad en el personal de cuidados críticos (Alshammari et al., 2024; Salameh et al., 2023). La mayor reducción en la dimensión de intrusión es congruente con lo reportado por Al Barmawi et al. (2025), quienes identificaron la hiperactivación y la evitación como síntomas predominantes antes de cualquier intervención. En adición, López et al. (2022) documentaron que factores organizacionales, específicamente el turno laboral, se asocian de manera significativa con el nivel de STS; este hallazgo fue relevante, ya que el 85,7 % de las participantes del Hospital General Docente de Ambato cumplía jornadas de 41 a 50 horas semanales, un factor de riesgo estructural que pudo haber sido parcialmente mitigado por la intervención.

Por último, cabe indicar que este estudio presentó limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. El tamaño muestral reducido ($n = 14$) reduce la potencia estadística y la posibilidad de generalización a otras unidades o instituciones con características distintas. En tal sentido, la ausencia de grupo control no permite descartar la influencia de variables confusas como el efecto del tiempo o eventos institucionales ocurridos durante el período de estudio. La corta duración de las dos intervenciones, de 15 minutos cada una, no son suficientes para producir cambios; también la falta de un seguimiento a la intervención frena la posibilidad de determinar la permanencia de los efectos.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, se plantean las siguientes conclusiones, relevantes para los ámbitos académico, laboral y social:

- Los resultados evidencian la presencia de síntomas asociados al síndrome de trauma vicario en el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del

Hospital General Docente Ambato, lo que resalta la relevancia de esta problemática en entornos caracterizados por una elevada exposición al sufrimiento humano.

- En relación con la intervención educativa, se deduce que esta resultó viable a pesar de su corta duración en este caso, ya que permitió la participación del personal sin afectar el desarrollo habitual de sus actividades.
- Como resultado de la intervención se identificó una disminución significativa de la sintomatología relacionada con el trauma vicario; sin embargo, una parte del personal aún presenta niveles moderados, lo que plantea la necesidad de implementar estrategias de intervención más prolongadas que favorezcan resultados positivos en su bienestar y salud mental.
- Finalmente, se recomienda extender la duración de las sesiones educativas y establecer un seguimiento post intervención que permita evaluar la permanencia de los efectos a mediano plazo, así como replicar la intervención en muestras de mayor tamaño y con grupo control.

Referencias

- Al Barmawi, M., Shahrouri, B. M., Al Hadidi, M., Alzoubi, M. M., Al-Mugheed, K., Saeed Alabdullah, A. S., & Farghaly Abdelaliem, S. M. (2025). Measuring the prevalence, warning signs, and preventive measures of secondary traumatic stress among critical care nurses. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06840-1>
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). Compassion fatigue in critical care nurses and its impact on nurse-sensitive indicators in Saudi Arabian hospitals. *Australian Critical Care*, 33(6), 553-559. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.02.002>
- Alshammari, B., Alanazi, N., Kreedi, F., Alshammari, F., Alkubati, S. A., Alrasheeday, A., Madkhali, N., Alshara, A., Bakthavatchalam, V., Al-Masaeed, M., Kaied Alshammari, S., Kaied Alshammari, N., Ansari, M., Hussain, A., & Al-Sadi, A. K. (2024). Exposure to secondary traumatic stress and its related factors among emergency nurses in Saudi Arabia: a mixed method study. *BMC Nursing*, 23(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02018-4>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Ariapooran, S., Ahadi, B., & Khezeli, M. (2022). Depression, anxiety, and suicidal ideation in nurses with and without symptoms of secondary traumatic stress during the COVID-19 outbreak. *Archives of Psychiatric Nursing*, 37, 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.005>
- Cáceres Rivera, D. I., Torres, C. C., & López Romero, L. A. (2021). Fatiga por compasión y factores relacionados en enfermeras de cuidados intensivos: un estudio multicéntrico. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 30(2), 142-150. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S3020-11602021000200142
- Fu, C., Kao, C., & Wang, R. (2021). The effects of an educational program on the professional quality of life and health of nurses: A cluster experimental design. *Journal of Nursing Research*, 29(3), 1-11. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000426>
- Gómez, S., Gil, B., Castro, J., Ruiz, E., & Ballester, R. (2015). Fatiga compasiva en el personal de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Àgora Salut*, (1), 209-220. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2015.1.16>
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Companies. https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Jacobs, I., Charmillot, M., Martin Soelch, C., & Horsch, A. (2019). Validity, reliability, and factor structure of the Secondary Traumatic Stress Scale-French version. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00191>

- Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*, 31(6), 396-405. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.10.003>
- Kelly, L., & Todd, M. (2017). Compassion fatigue and the Healthy Work Environment. *AACN. Advanced Critical Care*, 28(4), 351-358. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017283>
- Lopez, J., Bindler, R., & Lee, J. (2022). Cross-sectional analysis of burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction among emergency nurses in Southern California working through the COVID-19 pandemic. *Journal of Emergency Nursing*, 48(4), 366-375. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.03.008>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/bf00975140>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Plan Nacional de Salud Mental 2014-2017*. MSP. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Estrategico-Nacional-de-Salud-Mental-con-Acuerdo_compressed.pdf
- Mubarak, A., Donis, N., & Paniagua, W. O. (2018). Fatiga por compasión, burnout y afrontamiento en personal de enfermería en Guatemala. *Revista de Investigación en Humanidades UFM*, 5, 1-14. https://jih.uvm.edu/wp-content/uploads/2019/03/Paniagua.Walter.cdl_.3.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *La salud mental en el trabajo*. OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Partlak, N., Şengün, İ., Üstün, B., Serttaş, M., Sayin, S., & Yaşaroğlu Toksoy, S.c(2022). The effect of a nurse-led intervention program on compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, and psychological distress in nurses: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 1576-1586. <https://doi.org/10.1111/ppc.12965>
- Piras, I., Usai, V., Contu, P., & Galletta, M. (2024). Vicarious trauma, coping strategies and nurses' health outcomes: An exploratory study. *AIMS Public Health*, 11(4), 1071-1081. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2024055>
- Robinson, L., Sterling, L., Jackson, J., Gentry, E., Araujo, F., LaFond, C., Jacobson, K. C., & Lee, R. (2022). A secondary traumatic stress reduction program in emergency room nurses. *SAGE Open Nursing*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.1177/23779608221094530>
- Sáenz, K. (2024). El trauma vicario en los profesionales de la solución de conflictos desde la perspectiva de la justicia terapéutica. *Revista Iberoamericana de Justicia Terapéutica*, (9), 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9987251>

- Salameh, B., Daibes, A., & Qaddumi, J. (2023). Assessing the prevalence, predictors, and consequences of secondary traumatic stress among emergency nurses in Palestine during the COVID-19 pandemic. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.1177/23779608231207224>
- Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 59-66. <https://doi.org/10.1177/1043659619838876>
- Velasco Rodríguez, J. (2022). *Efectos psicoemocionales de la exposición profesional al sufrimiento humano: revisión sistemática y metaanálisis* [Tesis doctoral]. Universidad de Córdoba. Helvia Repositorio Institucional. <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/22514>
- Yao, J., Zhou, X., Xu, D., Liu, T., Gui, Y., & Huang, Y. (2024). Current status and influencing factors of secondary traumatic stress in emergency and intensive care nurses: A cross-sectional analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 567-576. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S444205>
- Zacharias, B., & Upendra, S. (2023). Effectiveness of Resiliency and Recovery Program on Compassion Fatigue among Nursing Officers working in selected Hospitals in India. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(3), 1-12. <https://doi.org/10.17533/udea.iece.v41n3e06>