

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Erizaintzako Gradua / Grado en Enfermería

Enfermería de cuidados críticos: estrés, consecuencias y afrontamiento.

Egilea / Autor:

Sara Ruiz de Salazar Maroño

Zuzendaria / Director/a:

Ainitze Labaka Etxeberria

AVISO DE RESPONSABILIDAD (Grado de Enfermería, Donostia, UPV/EHU)

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un/una alumno/a, y su autor/a es responsable de su contenido.

Se trata, por tanto, de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal, y que pueden no haber sido corregidos por el autor/a en la presente edición.

Este tipo de trabajos, junto con su proceso y su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, La Facultad de Medicina y Enfermería (sección Gipuzkoa), los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor/a tutor/a no son responsables del contenido último de este Trabajo Fin de Grado.

RESUMEN

Introducción: Entornos laborales muy exigentes, que incluyen equipo asistencial insuficiente, estado crítico de los y las pacientes, la estrecha relación con sus familias, la alta mortalidad, problemas éticos, y en ocasiones la presión de cumplir expectativas poco razonables en cuanto a los procesos de enfermedad de los pacientes son aspectos con los que las enfermeras de cuidados críticos tienen que lidiar a diario y que traen consecuencias para su salud física y mental.

Objetivo: El objetivo principal es estudiar el estrés psicológico al que se enfrentan las enfermeras que trabajan con pacientes críticos. Los objetivos específicos se centran en determinar los tipos de estrés, las consecuencias en la calidad asistencial, la forma de las enfermeras de afrontar dicho estrés y los recursos organizacionales disponibles.

Metodología: Este trabajo es una revisión de literatura. Para su realización se han hecho búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos (PubMed, BVS, Web of Science), aplicando filtros, criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Resultados: Los tipos de estrés más frecuentes son el burnout, angustia moral, fatiga por compasión, segunda victimización y estrés traumático. Se evidencia que el estrés del personal sanitario reduce la calidad asistencial y aumenta el riesgo de eventos adversos, aminorando la seguridad de los pacientes. La evidencia señala que tanto la atención plena como el entrenamiento de regulación emocional proporcionan herramientas para afrontar los distintos tipos de estrés.

Conclusión: La mayoría de las enfermeras de cuidados críticos carecen de estrategias de afrontamiento para lidiar con las características estresantes relacionadas con el cuidado de estos pacientes. Además, a nivel organizativo no existen recursos suficientes para cubrir las necesidades del personal de enfermería.

Palabras clave: Enfermería, cuidados intensivos, paciente crítico, estrés, afrontamiento.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO	2
3. METODOLOGÍA	2
4. RESULTADOS	5
4.1. Tipos de estrés y su repercusión en la salud	5
4.1.1. <i>Burnout</i>	5
4.1.2. <i>Angustia moral</i>	6
4.1.3. <i>Fatiga por compasión</i>	7
4.1.4. <i>Segunda victimización</i>	7
4.1.5. <i>Estrés traumático</i>	8
4.2. Consecuencias del estrés en la calidad asistencial	8
4.3. Adaptación y afrontamiento del estrés	9
4.3.1. <i>Estrategias de afrontamiento</i>	9
4.3.2. <i>Espiritualidad</i>	10
4.3.3. <i>Compañerismo</i>	10
4.3.4. <i>Inteligencia emocional y atención plena</i>	11
4.3.5. <i>Entrenamiento de regulación emocional</i>	11
4.4. Recursos organizacionales	12
5. DISCUSIÓN	13
6. CONCLUSIÓN	16
7. BIBLIOGRAFÍA	16

1. INTRODUCCIÓN

Los y las enfermeras de cuidados críticos (ECC) se enfrentan a diario a entornos laborales muy exigentes, que incluyen equipo asistencial insuficiente, estado crítico de los pacientes a pesar de las atenciones brindadas, la alta mortalidad, la estrecha relación con los pacientes y sus familias, problemas éticos, y en ocasiones la presión de cumplir expectativas poco razonables en cuanto a los procesos de enfermedad de los pacientes (1). Las y los ECC son testigos directos del sufrimiento de los pacientes y pasan por los procesos de toma de decisiones relacionados con los pacientes y sus familias (2), lo que implica lidiar con el manejo del dolor, falsas esperanzas, muerte digna y calidad de vida (3). Otros aspectos estresantes son la complejidad y la naturaleza dinámica del entorno, los altos niveles de conocimientos y habilidades necesarios para trabajar en estos servicios, el uso de equipos técnicos sofisticados, la alta carga de trabajo, la necesidad de responder con rapidez a situaciones que exigen atención urgente, alta concentración, seguimiento cercano de los pacientes, reconocimiento temprano de complicaciones, mantenimiento de una comunicación sólida con los demás proveedores de atención sanitaria (4) y dilemas éticos en la distribución justa de recursos limitados (2).

Por otro lado, en servicios de cuidados críticos las muertes frecuentes de pacientes exponen a los y las enfermeras a experiencias intensas y recurrentes de pérdida que provocan un espectro de intensas respuestas físicas y emocionales. Gran parte de ECC pueden experimentar sentimientos de pérdida personal en el momento de la muerte de un paciente, pero no sentir que tienen un derecho, un papel o la capacidad socialmente reconocidos para llorar dichas pérdidas. Es por ello que, a menudo, ignoran los sentimientos de duelo, lo que conduce a un duelo no reconocido y no abordado que puede volverse crónico y acumulativo. Los síntomas del duelo acumulativo pueden desarrollarse e incluir; enfermedades físicas, abuso de sustancias, pensamientos suicidas, apatía, baja autoestima, depresión y ansiedad. (5)

2. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

- Estudiar el estrés psicológico al que se enfrentan los y las enfermeras que trabajan con pacientes críticos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los tipos de estrés relacionados con el cuidado de pacientes críticos.
- Estudiar cómo afecta el estrés en la calidad asistencial
- Analizar las estrategias de afrontamiento de los y las enfermeras ante el estrés.
- Analizar los recursos organizacionales existentes destinados a paliar ese estrés.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha construido la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto psicológico en el personal de enfermería que trabaja con pacientes críticos?

La búsqueda de artículos se ha realizado en las bases de datos de PubMed, BVS y Web Of Science. Tras realizar la búsqueda mediante la utilización de los descriptores especificados (Tabla 1) y la aplicación de filtros (Tabla 2), se obtuvo un total de 217 artículos. Al aplicar los criterios de inclusión y de exclusión (Tabla 3) y eliminar los duplicados, se seleccionaron 48 artículos para incluir en el trabajo. Además, se añadieron a la bibliografía artículos rescatados de los artículos resultantes de la búsqueda bibliográfica.

Tabla 1. Descriptores y palabras clave utilizados en la búsqueda bibliográfica. (Elaboración propia)

	DESCRIPTORES	PALABRAS CLAVE
P	Nurses Nursing Staff, Hospital	Nurses Intensive Care Nurses
I	Critical Care Intensive Care Unit	Critical Care Intensive Care Terminal Care
O	Adaptation, Psychological Stress, Psychological Behaviour, Coping	Psychological Adaptation Stress Coping Coping Strategies Coping Behavior Resilience

Tabla 2. Búsquedas bibliográficas realizadas y filtros aplicados. (Elaboración propia)

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS TOTALES	FILTROS	ARTÍCULOS OBTENIDOS
PubMed	((("nurses"[MeSH Terms]) AND ((critical care[MeSH Terms]) OR (care, intensive[MeSH Terms]) OR (intensive care unit [MeSH Terms]))) AND ((adaptation, psychological[MeSH Terms]) OR (behavior, coping[MeSH Terms]) OR	309	5 años, Inglés, Español	118

	(stress, psychological [MeSH Terms]))			
BVS	(nurses (mesh)) AND (critical care (mesh)) OR (intensive care units (mesh)) AND (adaptation, psychological) OR (stress, psychological)	13	5 años, Inglés, Español	10
Web Of Science	coping strategies AND critical care AND nurses AND stress	243	5 años, Inglés, Español	89

Tabla 3. Criterios de inclusión y de exclusión (Elaboración propia)

Criterios de INCLUSIÓN	Criterios de EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Publicado entre 2018-2023 • Idioma: inglés o español • Centrados en enfermeras que trabajan con pacientes críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrados en otras poblaciones (pacientes, familiares, médicos...) • Centrados en enfermeras que trabajan en unidades de paciente no crítico. • Centrados en enfermeras que no trabajan en el ámbito asistencial (por ejemplo, enfermeras gestoras). • Artículos que traten exclusivamente los años de pandemia.

4. RESULTADOS

4.1. Tipos de estrés y su repercusión en la salud

4.1.1. *Burnout*

Un fenómeno prevalente entre las y los ECC es el burnout en el trabajo o 'Síndrome de Burnout Laboral (SBL)' (6). En 1974, el psiquiatra estadounidense Freudenberger se refirió al burnout como un estado de fatiga o frustración que aparece tras la dedicación a una causa, estilo de vida o relación en la que no se produce el esfuerzo esperado (7). El burnout aparece como una respuesta negativa provocada tras episodios crónicos de estrés laboral. Los profesionales con este síndrome lo perciben como un desequilibrio constante entre sus necesidades, sus valores y el trabajo que realizan (8). El Burnout está relacionado con trastornos físicos como patología respiratoria, cardíaca e intestinal, dolores de cabeza, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, fatiga prolongada y dolores musculares (9). El burnout también tiene un efecto negativo en la salud mental provocando síntomas depresivos y de ansiedad, consumo de alcohol, insomnio e incluso ideas suicidas (10,11). Además, el burnout puede provocar ausentismo e insatisfacción laboral (12,13).

Este fenómeno tiene tres componentes principales: agotamiento emocional “AE” o pérdida gradual de energía, agotamiento, cansancio y fatiga, que se exterioriza de forma física o psicológica, o ambas; despersonalización “D” o conductas negativas junto con respuestas indiferentes hacia quienes reciben atención o tratamiento; y baja realización personal “RP” que consiste en sentirse limitado y no sentirse realizado con el trabajo realizado (8). En 2001, Maslach et al. (14) desarrolló un instrumento validado, el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), para medir el síndrome de burnout. Consiste en un cuestionario que evalúa los tres componentes descritos (AE, D y RP) a través de 22 ítems mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (donde 0 es nunca y 6 es todos los días). Una puntuación alta en AE y D, y un nivel bajo en RP indican la presencia de burnout, y se puede clasificar en diferentes niveles al ser una variable ordinal: bajo, medio y alto (14). La evidencia mostró una alta incidencia de SBL entre los y las ECC, ya que en Irán entre el 30% y el 50% alcanza niveles clínicos de burnout y el 70% padecen un nivel moderado o alto de SBL (6).

4.1.2. *Angustia moral*

Durante las últimas tres décadas, la “epidemia” de angustia moral ha ganado cada vez más atención como una de las principales crisis para los profesionales de la salud (15). El primer autor que definió la angustia moral fue Andrew Jameton en 1984, que en su libro de texto de ética de enfermería clasificó tres experiencias relacionadas con problemas éticos que el equipo de enfermería puede enfrentar en un entorno clínico: incertidumbre, dilemas y angustia morales. Centrándonos en este último, la angustia moral surge cuando uno sabe cuál es la acción correcta que tomar, pero no puede llevar a cabo esa acción debido a limitaciones internas o externas (16). La Asociación Estadounidense de Enfermeras de Cuidados Críticos define la angustia moral como "un problema complejo y desafiante con repercusiones dañinas que a menudo se ignoran en los entornos laborales de atención médica" (2).

Una revisión integradora reciente clasificó los desencadenantes de angustia moral en tres grupos: (a) factores a nivel del paciente, incluidos el paciente y/o la familia (p. ej., la situación requiere terapia agresiva o realizar tratamientos que inducen dolor excesivo); (b) los problemas a nivel de unidad/equipo que ocurren cuando hay mala comunicación en la unidad o colaboración inadecuada entre los miembros del equipo; y (c) causas a nivel del sistema, incluidas aquellas que ocurren fuera de la unidad, como dotación de personal deficiente crónica, presión de los administradores para reducir costos, falta de recursos adecuados, etc (17).

Según una revisión de alcance realizada en el año 2022 las tres situaciones que causaron la angustia moral más intensa y frecuente en las y los ECC fueron las siguientes: cuidados inútiles que prolongan la muerte, pruebas y tratamientos innecesarios y trabajar con personal sanitario no cualificado (3). Los tratamientos inútiles, sobre todo tratamientos invasivos y agresivos, llevan al paciente a experimentar dolor y angustia, y los y las enfermeras responsables de administrar estos tratamientos desarrollan preocupaciones éticas con respecto al mantenimiento de dichos tratamientos, al mismo tiempo que experimentan angustia moral al no tenerse en cuenta su opinión sobre ello dentro del equipo (3). Esta situación puede hacer que los y las ECC experimenten conflictos entre sus valores individuales y profesionales y las prácticas cotidianas de cuidado de enfermería que realiza, provocando angustia moral (3).

La angustia moral es reconocida como un problema internacional que contribuye a la disminución de la productividad laboral, el agotamiento, la insatisfacción laboral y la intención de dejar el trabajo de las y los ECC (18). Los síntomas pueden incluir estrés físico y emocional y una mayor prevalencia de despersonalización y desensibilización: estos síntomas a menudo conducen a una mayor rotación, erosión del trabajo en equipo, evitación del contacto con el paciente, disminución en la calidad de atención al paciente y una mayor tasa de abandono de la profesión (15).

4.1.3. Fatiga por compasión

Además del SBL y de la angustia moral, existe otra consecuencia frecuente en ECC conocida como Fatiga por Compasión (FC). La FC se define como un agotamiento emocional, físico y espiritual que provoca una disminución en la capacidad de empatizar y/o sentir compasión por los demás (19). Es un tipo de estrés resultante de la exposición emocional continua al trauma y la muerte de los pacientes (20).

La FC puede implicar cansancio crónico, irritabilidad, reducción de la satisfacción laboral, falta de control sobre sus emociones y comportamientos y cinismo (21). Las y los enfermeros que experimentan fatiga por compasión pueden distanciarse de los pacientes y compañeros de trabajo, sentirse impotentes y presentar más ausentismo laboral (21).

4.1.4. Segunda victimización

En el contexto de los cuidados críticos en los que se trabaja bajo condiciones de gran presión que requieren de alta concentración y precisión por parte de las y los trabajadores es importante hablar del fenómeno de la segunda victimización (SV). La SV fue descrita por primera vez en el año 2000 por el profesor Albert Wu (22) y hace referencia a una serie de signos y síntomas físicos y psicológicos que sufren algunos profesionales de la salud después de verse involucrados en un evento adverso que le ocurre al paciente (23). La traumatización causada por este evento hace que la persona que lo trata se convierta en una segunda víctima (24). La traumatización de la segunda víctima puede tener impactos negativos en el bienestar de los y las trabajadoras de la salud debido a estrategias de afrontamiento disfuncionales, como el autoaislamiento, la reducción de la confianza

en uno mismo, los recuerdos y el aumento del miedo a cometer errores (25). En cuanto a los síntomas, un estudio realizado en Austria (26) muestra que alrededor de dos tercios de los y las ECC encuestadas procesan el evento que vivieron de manera disfuncional, presentando signos que incluyen trastornos del sueño, sentimientos de culpa, aislamiento, depresión o revivir la situación (flashbacks). Respecto a la recuperación de segundas víctimas, Gazoni et al. (27) indican que alrededor del 10% de todos los afectados no se recuperarán del evento y, según Grissinger (28), estos eventos tienen repercusiones en los afectados que van desde trastornos de estrés postraumático (TEPT) hasta el abandono del trabajo o, en el peor de los casos, el suicidio.

4.1.5. Estrés traumático

En un estudio realizado con 800 ECC en Colorado, los investigadores informaron que el 22% tenían síntomas de TEPT y casi una quinta parte cumplía con los criterios de diagnóstico de TEPT (29). Además de los síntomas traumáticos, un estudio realizado en Turquía con una muestra de 164 ECC en el que se utilizaron el Inventario de ansiedad de Beck, el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) mostró los siguientes resultados: entre las y los ECC, el 25,6% experimentó niveles moderados o altos de depresión, el 46,3% experimentó ansiedad moderada o grave, el 47,6% experimentó altos niveles de agotamiento emocional y el 15,9% experimentó altos niveles de despersonalización (30).

4.2. Consecuencias del estrés en la calidad asistencial

Los comportamientos de cuidado, que son la base de la práctica de enfermería, son importantes para una atención de enfermería de calidad (31). El SBL en ECC se asocia con una reducción de la seguridad y la calidad de la atención, una disminución de la satisfacción del paciente y una reducción del compromiso organizacional y la productividad de los y las enfermeras (32). Algunas de las consecuencias del empeoramiento de la calidad asistencial son el aumento de las infecciones relacionadas con los servicios de salud y de errores médicos que constituyen un riesgo para los pacientes, generando estos efectos negativos una prolongación de la estancia hospitalaria (31) y un aumento de la morbilidad y la mortalidad (33). Además, una persona que

experimenta agotamiento emocional y despersonalización se siente desconectada con respecto al trabajo y las relaciones personales, lo que lleva a adoptar actitudes negativas hacia compañeros de trabajo y pacientes (31).

Asimismo, el SBL puede tener un impacto en las organizaciones a través de una menor productividad, un mayor riesgo de accidentes laborales, una menor participación del personal, ausentismo, intención de dejar la práctica y rotación. La rotación causada por el estrés puede provocar una dotación de personal inadecuada y poner en peligro la seguridad del paciente (1).

La sobrecarga de alarmas es otro factor importante ya que podría provocar fatiga por alarmas en ECC. Los dispositivos de monitorización fisiológica y otros dispositivos médicos se utilizan de forma generalizada en las UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Según estudios previos, diferentes dispositivos médicos en un servicio así podrían generar un total de 28.176 alarmas durante un período de 1 mes y 469 alarmas por monitor por día. La fatiga por alarmas se refiere a un fenómeno por el cual los proveedores de atención médica se insensibilizan a las alarmas y alertas cuando trabajan en un entorno clínico. Por lo tanto, la fatiga por alarmas tiene impactos negativos en la seguridad del paciente. (34)

Según la base de datos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (EE. UU.) y la base de datos de eventos centinela de “The Joint Commission”, el número de muertes relacionadas con las alarmas fue de 566 entre 2005 y 2010 y 80 entre 2009 y 2012, respectivamente, que se atribuyeron a la fatiga de las alarmas (35).

4.3. Adaptación y afrontamiento del estrés

4.3.1. Estrategias de afrontamiento

En cuanto al modo en el que las y los ECC afrontan el estrés, un estudio realizado con 164 ECC turcas en el que se utilizaron el Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck, Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Estrés Traumático Secundario (para medir síntomas de intrusión, evitación y excitación asociados con la exposición indirecta a eventos traumáticos); reveló que los y las enfermeras que puntuaron alto en síntomas de evitación tenían más probabilidades de experimentar

agotamiento emocional y despersonalización (30). Además, el estilo de afrontamiento de evitación está asociado con ansiedad, depresión y conductas adictivas (36).

Las estrategias de afrontamiento orientadas a problemas, particularmente la resolución de problemas planificada es una estrategia de afrontamiento ampliamente utilizada, posiblemente porque brinda una sensación de control a través de una planificación cuidadosa (37). De hecho, quienes emplean estrategias de afrontamiento orientadas a problemas han demostrado indicadores de salud mental más altos (38).

Otra estrategia de afrontamiento muy utilizada es la reevaluación positiva, una estrategia de afrontamiento orientada a las emociones. Las y los ECC que utilizan estas estrategias demostraron mayores competencias psicológicas (37). Sin embargo, un metaanálisis reveló que quienes utilizan estrategias de afrontamiento orientadas a las emociones tienen peores resultados de salud, ya que se han asociado con estilos negativos de afrontamiento emocional, como el consumo de alcohol y drogas (39).

4.3.2. Espiritualidad

Uno de los medios duraderos para afrontar el estrés que se ha practicado en varios países del mundo es el afrontamiento espiritual, el cual es inherente a la naturaleza y puede persistir de manera duradera en un individuo si se practica de manera continua y consistente (ej; oraciones, meditación, etc.) (40). Un estudio en California identificó que la práctica de Jin Shin Jyutsu (un autocuidado espiritual para afrontar el estrés que trata de hacer contacto con las manos en lugares específicos del cuerpo para armonizar el flujo de energía vital que circula a través de ellos) tenía disminuciones estadísticamente significativas del estrés entre los y las enfermeras que lo practicaban (41).

4.3.3. Compañerismo

Un estudio realizado en Chile con 254 enfermeras y enfermeros que habían sufrido SV mostró que lo que los participantes más valoraban era el apoyo de los compañeros de trabajo, ya que comprenden el entorno clínico en el que ocurren los eventos adversos y, por lo tanto, pueden comprender mejor las circunstancias que los rodean (23). Si bien también señalan la necesidad de apoyo de los familiares, muchos piensan que sus

familiares no podrán comprender las circunstancias laborales en las que ocurre el evento y/o querrán proteger los sentimientos de sus familiares (42).

4.3.4. Inteligencia emocional y atención plena

Por otro lado, los efectos de la inteligencia emocional (IE) individual y la atención plena o “mindfulness” sobre el SBL están ganando protagonismo en la actualidad (43). El enfoque que describe la IE como un rasgo de personalidad incluye varias disposiciones personales, por ejemplo, adaptabilidad, asertividad, percepción de las emociones propias y ajenas, expresión y gestión de emociones, impulsividad, autoestima, motivación, conciencia social, manejo del estrés, empatía y optimismo (44). Los modelos que describen la IE como una capacidad, enfatizan la capacidad de comprender las emociones propias y de otras personas y utilizar la información emocional para gestionar pensamientos y acciones de forma adaptativa (45). Los modelos mixtos conceptualizan la IE como una combinación de habilidades emocionales y dimensiones de personalidad (46). En enfermería, un alto nivel de IE facilita las relaciones entre profesionales y pacientes, influye en su nivel de estrés y satisfacción laboral y promueve el bienestar (46).

La atención plena implica participar intencionalmente en la experiencia presente sin juzgar y no es sólo un estado psicológico sino también una capacidad de afrontamiento individual (43). De acuerdo con los resultados de un estudio realizado en China con 805 ECC, el efecto indirecto del “mindfulness” sobre el SBL se produce a través del efecto mediador de la IE, lo que implica que una o un ECC centrado en el presente suele ser capaz de utilizar las emociones y tener una actitud positiva hacia las relaciones interpersonales y realización personal en el trabajo (43).

4.3.5. Entrenamiento de regulación emocional

La regulación cognitiva de las emociones es un enfoque cognitivo para lidiar con información emocionalmente excitante asociada con eventos traumáticos de la vida (47). La falta de capacidad de regulación emocional se asocia con la depresión (48). El entrenamiento de regulación emocional (ERE) integra técnicas de la terapia cognitivo-conductual, intervenciones basadas en mindfulness, terapia dialéctica conductual, terapia de resolución de problemas y terapia centrada en las emociones para mejorar las

habilidades de regulación de las emociones (49). En un estudio realizado en Irán con una muestra de 60 ECC (30 en el grupo experimental y 30 en el grupo control) en el que se utilizaron las escalas Calidad de Vida Profesional (ProQOL), Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), se observaron mejoras en ProQoL y CERQ, y reducción de los síntomas de salud mental de depresión, ansiedad y estrés en enfermeras después de la intervención de ERE (49).

4.4. Recursos organizacionales

La justicia organizacional se considera un incentivo importante para el comportamiento organizacional y se refiere a la percepción del personal sobre los procedimientos y efectos justos de la organización. El personal percibe procedimientos y resultados mentalmente justos o injustos mediante la observación de la asignación de recursos, la toma de decisiones y la interacción interpersonal dentro de la organización. La comprensión de la justicia o la injusticia en una organización afecta a la actitud, el desempeño y la reacción del personal hacia ella y es de gran importancia entre el personal de salud debido a que está en contacto directo con el bienestar, la actitud, el desempeño y capacidad de adaptación en situaciones de crisis y estrés. (1)

Dada la correlación significativa negativa aprobada por Haghiginezhad et al. (1) entre el malestar moral y la justicia organizacional percibida, se puede inferir que el desarrollo de la justicia organizacional percibida ayuda a disminuir el malestar moral de los y las enfermeras.

En cuanto a la SV, el apoyo de la organización a las segundas víctimas es muy importante para la cultura de calidad de la organización. En su investigación, Kappes et al. (23) evidenciaron que las organizaciones están enfocadas en el evento adverso y en el paciente, pero no han establecido planes para los profesionales que enfrentan eventos adversos. El apoyo a los y las ECC es especialmente importante, ya que tienden a auto estigmatizarse ante los síntomas depresivos causados por la SV (50).

Los estilos de liderazgo desempeñan un papel fundamental en entornos sanitarios complejos que se enfrentan a estándares de alto rendimiento y necesidades específicas de los profesionales sanitarios (51). El estilo de liderazgo y la cultura organizacional influyen

en aspectos fundamentales de la calidad de vida laboral del equipo de enfermería (51). Los estilos de liderazgo centrados en las relaciones se asocian con una mayor satisfacción laboral, mientras que los estilos de liderazgo orientados a las tareas se asocian con una menor satisfacción laboral (52). Para estar satisfechos y ser más eficaces en su trabajo, las y los ECC necesitan estilos de liderazgo centrados en el desarrollo de los talentos y capacidades del equipo, y no únicamente en la entrega de orientaciones prácticas y la transmisión de información técnica (51). De hecho, un estilo de liderazgo auténtico que enfatiza una expresión clara de los valores, y de los objetivos de la organización, puede reducir el estrés laboral y la intención de abandonar el puesto de trabajo, lo que resulta en una mayor calidad de la atención y satisfacción del paciente (51).

5. DISCUSIÓN

Los estudios encontrados acerca del estrés en unidades de cuidados críticos van generalmente en la misma línea, demostrando que existe una carga física y psicológica que afecta a la calidad de vida de los y las ECC. La evidencia sugiere que los y las enfermeras que trabajan en entornos de cuidados intensivos sufren más angustia moral que aquellos y aquellas que trabajan en entornos de cuidados no especializados (2), aunque en este trabajo no se ha encontrado ningún artículo que compare ambas poblaciones.

En cuanto a las consecuencias del estrés en la calidad asistencial, únicamente se mencionaba el SBL y la fatiga por alarmas como potenciales factores perjudiciales. No se han encontrado estudios que hablen específicamente de cómo la angustia moral y la FC pueden empeorar la calidad de la atención a los pacientes por parte de los y las profesionales de la salud. Sería conveniente que se realizaran estudios a futuro que trabajen estos aspectos, pues la literatura ya evidencia un empeoramiento en la salud física y mental del equipo proveedor de la atención sanitaria.

Los recursos organizacionales son un factor importante en el desarrollo y en el afrontamiento de los distintos tipos de estrés derivados de trabajar en unidades de paciente crítico. Un estudio realizado en los EE. UU. encontró que las intervenciones que tienen como objetivo proporcionar mejores estándares en el ambiente de trabajo (por ejemplo,

liderazgo auténtico, colaboración, toma de decisiones efectiva, dotación de personal adecuada, reconocimiento significativo, etc) se asocian con una mayor satisfacción de los empleados y antigüedad laboral promedio entre ECC de la UCI (53).

Abassi et al. (54) proponen que la angustia moral en ECC puede reducirse a través de intervenciones organizacionales tales como:

- a. Intervenciones educativas.
- b. Intervenciones centradas en mejorar el entorno laboral.
- c. Intervenciones centradas en ayudar a las personas a afrontar su entorno laboral que incluyen prácticas que promueven la resiliencia, como la reducción del estrés basada en la atención plena, la autorreflexión, la flexibilidad cognitiva, una mayor autoconciencia, una comunicación más sólida y la creación de redes profesionales.

Sin embargo, estas intervenciones deben ser rentables, ir acompañadas de capacitación y estar de acuerdo con las condiciones del país. Además, es poco probable que una sola intervención sea eficaz para prevenir y tratar la angustia moral en ECC. Para una mayor probabilidad de prevenir y tratar la angustia moral, las intervenciones deben ser multidimensionales y abordar la cultura ambiental del servicio (54).

Tal y como se menciona en los resultados, un síndrome habitual padecido por ECC es la SV. Según las encuestas revisadas, las organizaciones ponen a disposición de los pacientes numerosos recursos para paliar los eventos adversos provocados, pero no se dispone de los recursos necesarios para aquellos y aquellas ECC implicados en el evento adverso. En este sentido, las reacciones ante eventos adversos deberían brindar apoyo no sólo al paciente, sino también a las y los profesionales (23).

El estrés derivado de trabajar con pacientes críticos surge de factores evitables e inevitables. Aquellos factores evitables tales como la excesiva carga de trabajo, la mala dotación de personal, las injusticias organizacionales y el apoyo a los trabajadores se pueden solventar mediante intervenciones por parte de las organizaciones, tal y como se menciona anteriormente.

Sin embargo, el hecho de trabajar con pacientes en estado crítico trae implícito una serie de factores que no pueden modificarse, como, por ejemplo, la continua exposición a la muerte, el trauma y el dolor, la toma de decisiones difíciles, etc. En este aspecto, resulta fundamental desarrollar estrategias personales de afrontamiento.

Existen varias prácticas, tales como el mindfulness, que han demostrado mejorar la calidad de vida de los y las ECC. Dentro del grupo de las prácticas mente-cuerpo se encuentra la relajación muscular progresiva (RMP) que se practica mediante el estiramiento y la relajación voluntarios de todos los grupos de músculos del cuerpo (4). Similar a la PMR, la musicoterapia es otra práctica mente-cuerpo, que utiliza el ritmo, la melodía, la armonía y otros elementos de la música para provocar mejoras en el sistema neuroendocrino de los individuos y para lograr cambios significativos en la estructura de sus sentimientos y pensamientos (4). Estudios anteriores han informado que la musicoterapia provoca en pacientes oncológicos y paliativos una disminución de la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la temperatura corporal, proporciona relajación, dirige la atención a diferentes pensamientos, reduce los niveles de estrés y mejora la calidad de vida al proporcionar bienestar sensorial y mental (55,56). El ensayo de control aleatorio realizado por Ozgundondua y Gok Metin (4) es de los pocos que proporcionó evidencia suficiente de que la RMP combinada con música ejerce efectos beneficiosos al disminuir el estrés percibido, además de mejorar los estilos de afrontamiento entre los y las enfermeras de la UCI. Sería conveniente que más prácticas utilizadas para paliar el sufrimiento de los pacientes fuesen probadas en los profesionales de la salud.

Para finalizar, una forma de prevenir estos niveles de estrés y aprender de manera temprana sobre estrategias de afrontamiento, sería añadiendo al plan de estudios de las facultades de enfermería talleres o asignaturas que aborasen estos temas. Se podría empezar con el ERE antes de salir al mercado laboral, poniéndolo en práctica durante las prácticas clínicas realizadas por los y las estudiantes de enfermería. De esta forma, empezarían a desarrollar herramientas y habilidades para lidiar con todas aquellas situaciones que desembocan en SBL, angustia moral, FC, y el resto de las consecuencias mencionadas anteriormente.

6. CONCLUSIÓN

- El cuidado de pacientes críticos conlleva cargas tanto físicas como emocionales que pueden desembocar en diferentes tipos de estrés que perjudican la salud del equipo de enfermería. Siendo los más comunes el SBL, angustia moral, FC y SV.
- El SBL se asocia con una disminución de la calidad asistencial, un mayor riesgo de errores médicos, infecciones y prolongación de la estancia hospitalaria.
- La mayoría de ECC carecen de estrategias de afrontamiento para lidiar con las características estresantes relacionadas con el cuidado de pacientes críticos. La evidencia señala que tanto la atención plena como el ERE proporcionan herramientas para afrontar los distintos tipos de estrés.
- Los recursos organizacionales dirigidos a ECC que sufren estos tipos de estrés son muy limitados. Es necesario que las organizaciones reconozcan la importancia de la situación para implementar estrategias de equipo, liderazgo, educación, apoyo, etc.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Haghiginezhad G, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Mohtashami J, Barkhordari-Sharifabad M. Relationship between perceived organizational justice and moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(2):460–70. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733017712082>
2. Işık MT, Yıldırım G. Individualized care perceptions and moral distress of intensive care nurses. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Feb 16];28(2):184–92. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12715>
3. Kovanci MS, Akyar I. Culturally-sensitive moral distress experiences of intensive care nurses: A scoping review. *Nurs Ethics* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2024 Feb 16];29(6):1476–90. Available from: <https://doi.org/10.1177/09697330221105638>
4. Ozgundondu B, Gok Metin Z. Effects of progressive muscle relaxation combined with music on stress, fatigue, and coping styles among intensive care nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019 Oct 1;54:54–63. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.007>

5. Groves KA, Adewumi A, Gerhardt CA, Skeens MA, Suttle ML. Grief in critical care nurses after pediatric suffering and death. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2024 Feb 16];11(6):1888–99. Available from: <https://doi.org/10.21037/apm-21-3225>
6. Amini K, Miyanaji H, Din Mohamadi M. Bullying and burnout in critical care nurses: A cross-sectional descriptive study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Feb 16];28(2):202–10. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12744>
7. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [Internet]. 1974 Jan 1 [cited 2024 Feb 18];30(1):159–65. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
8. Maslach Burnout Inventory: Third edition. [Internet]. [cited 2024 Feb 18]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1997-09146-011>
9. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, De Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2024 Feb 18];12(10):e0185781. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
10. Schulz M, Damkröger A, Voltmer E, Löwe B, Driessen M, Ward M, et al. Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2011 Jun 1 [cited 2024 Feb 18];18(5):411–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01691.x>
11. Bakhamis L, Paul DP, Smith H, Coustasse A. Still an Epidemic: The Burnout Syndrome in Hospital Registered Nurses. *Health Care Manager* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2024 Feb 18];38(1):3–10. Available from: <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000243>
12. Geuens N, Leemans A, Bogaerts A, Van Bogaert P, Franck E. Interpersonal behaviour in relation to burnout. *Nurs Manage*. 2015;22(8):26–32. Available from: <https://doi.org/10.7748/nm.22.8.26.s27>
13. Meeusen V, Van Dam K, Brown-Mahoney C, Van Zundert A, Knape H. Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2010 May 1 [cited 2024 Feb

- 18];54(5):616–21. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2010.02213.x>
14. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* [Internet]. 2003 Nov 28 [cited 2024 Feb 18];52:397–422. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
 15. Semler LR. Moral distress to moral success: Strategies to decrease moral distress. *Nurs Ethics* [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2024 Feb 16];30(1):58–70. Available from: <https://doi.org/10.1177/09697330221114328>
 16. Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984. 331 p.
 17. Giannetta N, Villa G, Bonetti L, Dionisi S, Pozza A, Rolandi S, et al. Moral Distress Scores of Nurses Working in Intensive Care Units for Adults Using Corley’s Scale: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2024 Feb 16];19(17):10640. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph191710640>
 18. Witton N, Goldsworthy S, Phillips LA. Moral distress: Does this impact on intent to stay among adult critical care nurses? *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Feb 16];28(2):211–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12767>
 19. Ünlügedik M, Akbaş E. The effect of spiritual well-being on compassion fatigue among intensive care nurses: A descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023 Aug 1;77:103432. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103432>
 20. Arimon-Pagès E, Fernández-Ortega P, Torres-Puig-Gros J, Canela-Soler J. Compassion fatigue and anxiety in critical care emergency nurses: In between efficiency and humanity. *Enfermería Intensiva* (English ed). 2023 Jan 1;34(1):4–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.02.001>
 21. Cleary M, Horsfall J, Escott P. Compassion and Mental Health Nursing. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 Jul 3 [cited 2024 Feb 18];36(7):563–5. Available from: <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1053771>
 22. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ* [Internet]. 2000 Mar 18 [cited 2024 Feb 18];320(7237):726–7. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
 23. Kappes M, Delgado-Hito Phd P, Ver |, Contreras R, Romero-García Phd M, Sebastian S, et al. Prevalence of the second victim phenomenon among intensive

- care unit nurses and the support provided by their organizations. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2024 Feb 16];28(6):1022–30. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12967>
24. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2009 Oct 1 [cited 2024 Feb 18];18(5):325–30. Available from: <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
 25. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Dealing with Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims’ Coping Strategies. *J Patient Saf* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2024 Feb 18];16(2):E51–60. Available from: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000661>
 26. Ganahl S, Knaus M, Wiesenhuetter I, Klemm V, Jabinger EM, Strametz R. Second Victims in Intensive Care—Emotional Stress and Traumatization of Intensive Care Nurses in Western Austria after Adverse Events during the Treatment of Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol 19, Page 3611 [Internet]. 2022 Mar 18 [cited 2024 Feb 16];19(6):3611. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063611>
 27. Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: Results of a national survey. *Anesth Analg* [Internet]. 2012 Mar [cited 2024 Feb 18];114(3):596–603. Available from: <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318227524e>
 28. Grissinger M. Too Many Abandon the “Second Victims” Of Medical Errors. *Pharmacy and Therapeutics* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2024 Feb 18];39(9):591. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4159062/>
 29. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety* [Internet]. 2009 Dec 1 [cited 2024 Feb 18];26(12):1118–26. Available from: <https://doi.org/10.1002/da.20631>
 30. Yıldız E. Psychopathological Factors Associated With Burnout in Intensive Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Feb 16];29(2):122–35. Available from: <https://doi.org/10.1177/1078390321999725>
 31. Efil S, Turen S, Yıldız Ayvaz M, Bulbul E, Yeni T. Burnout levels and care behaviours in intensive care nurses: A cross-sectional, multicentre study. *Intensive*

- Crit Care Nurs. 2022 Aug 1;71:103246. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103246>
32. Bruyneel A, Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Detollenaere J, Kohn L, Pirson M, et al. Association of burnout and intention-to-leave the profession with work environment: A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *Int J Nurs Stud*. 2023 Jan 1;137:104385. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922002140>
 33. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol 18, Page 11432 [Internet]. 2021 Oct 30 [cited 2024 Feb 16];18(21):11432. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>
 34. Ding S, Huang X, Sun R, Yang L, Yang X, Li X, et al. The relationship between alarm fatigue and burnout among critical care nurses: A cross-sectional study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2024 Feb 16];28(6):940–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12899>
 35. Sentinel Event Alert 50: Medical device alarm safety in hospitals | The Joint Commission [Internet]. [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-alert-newsletters/sentinel-event-alert-issue-50-medical-device-alarm-safety-in-hospitals/>
 36. Shin M, Kemps E. Media multitasking as an avoidance coping strategy against emotionally negative stimuli. *Anxiety Stress Coping* [Internet]. 2020 Jul 3 [cited 2024 Feb 18];33(4):440–51. Available from: <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1745194>
 37. Isa KQ, Ibrahim MA, Abdul-Manan HH, Mohd-Salleh ZAH, Abdul-Mumin KH, Rahman HA. Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2019 Jan 10 [cited 2024 Feb 16];28(1):38–42. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.1.38>
 38. Chang EML, Bidewell JW, Huntington AD, Daly J, Johnson A, Wilson H, et al. A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital

- nurses. *Int J Nurs Stud*. 2007 Nov 1;44(8):1354–62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.06.003>
39. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J Behav Med* [Internet]. 2002 Dec [cited 2024 Feb 18];25(6):551–603. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>
 40. Ibrahim MA, Isa KQ, Haji-Idris HA, Nawi SH, Teo YC, Abdul Rahman H, et al. Spiritual Coping with Stress Among Emergency and Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *Community Ment Health J* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Feb 16];56(2):287–93. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00486-6>
 41. Lamke D, Catlin A, Mason-Chadd M. “Not Just a Theory”: The Relationship Between Jin Shin Jyutsu® Self-Care Training for Nurses and Stress, Physical Health, Emotional Health, and Caring Efficacy. *Journal of Holistic Nursing* [Internet]. 2014 Dec 13 [cited 2024 Feb 18];32(4):278–89. Available from: <https://doi.org/10.1177/0898010114531906>
 42. Scott SD, McCoig MM. Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience. *Journal of Healthcare Risk Management* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2024 Feb 18];35(4):6–13. Available from: <https://doi.org/10.1002/jhrm.21218>
 43. Xie C, Li X, Zeng Y, Hu X. Mindfulness, emotional intelligence and occupational burnout in intensive care nurses: A mediating effect model. *J Nurs Manag* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2024 Feb 16];29(3):535–42. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.13193>
 44. Petrides K V., Furnham A. Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality* [Internet]. 2001 Nov 1 [cited 2024 Feb 18];15(6):425–48. Available from: <https://doi.org/10.1002/per.416>
 45. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychol Inq* [Internet]. 2004 [cited 2024 Feb 18];15(3):197–215. Available from: https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02
 46. Cichoń J, Płaszewska-Żywko L, Kózka M. Emotional intelligence and coping strategies among intensive care unit nurses. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Feb 16];28(2):322–8. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12839>

47. Garnefski N, van Rood Y, de Roos C, Kraaij V. Relationships Between Traumatic Life Events, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Somatic Complaints. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2024 Feb 18];24(2):144–51. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9494-y>
48. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2012 Mar [cited 2024 Feb 18];25(2):128–34. Available from: <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e3283503669>
49. Kharatzadeh H, Alavi M, Mohammadi A, Visentin D, Cleary M. Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2024 Feb 16];22(2):445–53. Available from: <https://doi.org/10.1111/nhs.12679>
50. Riegel M, Klemm V, Bushuven S, Strametz R. Self-Stigmatization of Healthcare Workers in Intensive Care, Acute, and Emergency Medicine. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol 19, Page 14038 [Internet]. 2022 Oct 28 [cited 2024 Feb 18];19(21):14038. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph192114038>
51. Cosentino C, Psychologist C, De Luca ER, Sulla F, Uccelli S, Sarli L, et al. Leadership styles' influence on ICU nurses' quality of professional life: A cross-sectional study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Feb 16];28(2):193–201. Available from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12738>
52. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2010 Mar 1;47(3):363–85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
53. Kester K, Pena H, Shuford C, Hansen C, Stokes J, Brooks K, et al. Implementing AACN's Healthy Work Environment Framework in an Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2024 Feb 18];30(6):426–33. Available from: <https://doi.org/10.4037/ajcc2021108>
54. Abbasi S, Ghafari S, Shahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics* [Internet]. 2018 Apr 26 [cited 2024 Feb 16];26(5):1494–504. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733018766576>

55. Dergisi OT, M¼zik JO, Yeri T, Meriç EN, Kaya Y, Osmangazi E, et al. Jinekolojik Onkolojide M¼zik Terapisinin Yeri. Osmangazi Tıp Dergisi [Internet]. 2018 May 1 [cited 2024 Feb 18];40(2):107–9. Available from: <https://doi.org/10.20515/otd.344789>
56. Warth M, Keßler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ. Music Therapy in Palliative Care. Dtsch Arztebl [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 18]; 112:788-94. Available from: <https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2015.0788>