

Posición afectiva que asume el personal de la salud de las Unidades de Cuidados Intensivos pediátricas de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2010

Affective state experienced by the healthcare workers at Medellin pediatric intensive care units in the first semester of 2010

Posição afetiva que assume o pessoal da saúde das unidades de cuidados intensivos pediátricas da cidade de Medellín no primeiro semestre de 2010

Laura Restrepo Serna¹, Diana Carolina Grajales Ospina¹, Lina María Rodríguez Molina¹

RESUMEN

Objetivo: cualificar la afectividad del personal de salud frente a pacientes de las UCI pediátricas de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2010.

Metodología: se realizó un estudio cualitativo en las unidades de Cuidados Intensivos pediátricas de la ciudad de Medellín; se aplicó muestreo a conveniencia, se aplicaron 16 entrevistas semiestructuradas a médicos, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y terapeutas respiratorias. Se analizaron categorías relacionadas con seguridad, confianza, tensión, desilusión, tristeza, fatiga, apego y compasión durante la atención.

Resultados: las experiencias y relatos personales de los profesionales de estas áreas revelan algunos temas que merecen atención: pérdidas sin duelo, expectativas irreales, abandono familiar, maltrato físico, incertidumbre al relacionarse con el paciente y sus familias, preguntas no resueltas y un sufrimiento y muerte inexplicada.

Conclusiones: aunque la cantidad de preocupaciones que aqueja al personal de la salud, se infiere que tienen interés por la conservación de la vida y que su juicio no se ve alterado bajo ninguna circunstancia.

Palabras Claves: personal de salud; unidades de cuidado intensivo pediátrico; afecto.

ABSTRACT

Objective: To appraise the affective state of healthcare personnel at Medellin pediatric ICU, 2010.

Methods: A qualitative study was conducted in pediatric intensive care units in the city of Medellin. The sample was made at the convenience of the researchers and 16 semi-structured surveys were administered to doctors, nurses, nursing assistants and respiratory therapists. The surveys analyzed categories related to safety, confidence, stress, disappointment, sadness, fatigue, attachment and compassion while seeing patients.

Results: The experiences and personal stories of professionals in these areas reveal some important issues that deserve attention: loss of patients without grief, unreal expectations, family abandonment, physical abuse, uncertainty when interacting with patients and their families, unanswered questions, pain, and unexplained death.

1 Estudiante Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia: Lina María Rodríguez Molina. Correo electrónico: linarodmo@hotmail.com

Fecha de recibido: 15 de diciembre de 2011

Fecha de aprobación: 7 de septiembre de 2012

Conclusions: Although the health personnel's worries reflect a concern for the preservation of life, their good judgment is not jeopardized under such circumstances.

Keywords: health personnel; intensive care units, pediatric; affect.

RESUMO

Objetivo: qualificar a afetividade do pessoal de saúde frente a pacientes das UCI pediátricas da cidade de Medellín no primeiro período de 2010.

Metodologia: realizou-se um estudo qualitativo nas unidades de cuidados intensivos pediátricas da cidade de Medellín; aplicou-se amostragem a conveniência aplicando 16 entrevistas semiestruturadas a médicos, profissionais de enfermagem, auxiliares de enfermagem e terapeutas respiratórias. Analisaram-se categorias relacionadas com segurança, confiança, tensão, desilusão, tristeza, fadiga, afeição e compaixão durante o atendimento.

Resultados: as experiências e relatos pessoais dos profissionais destas áreas revelam alguns temas importantes que merecem atendimento: perdas sem duelo, expectativas irreais, abandono familiar, maltrato físico, incerteza ao relacionar-se com o paciente e suas famílias, perguntas não resolvidas e um sofrimento e morte inexplicada.

Conclusões: ainda que a quantidade de preocupações que arqueja ao pessoal da saúde, reflete que têm um interesse para a conservação da vida e que seu juízo não se vê alterado sob nenhuma circunstância.

Palavras chave: pessoal de saúde; unidades de terapia intensiva pediátrica; afeto.

INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito médico y social, el personal de la salud se ve afectado por múltiples situaciones que, desde el punto de vista humano, son dolorosas, incluidos el sufrimiento del paciente y su muerte. Actualmente se ha catalogado al personal de salud como insensible y se han propuesto teorías entre las que se destacan: cansancio emocional, carga laboral, contacto continuo con el sufrimiento y el dolor, entre otros^{1,2}.

Es difícil enfrentar la muerte y las condiciones críticas del paciente porque nadie está preparado para este momento, incluso, para el personal de la salud que cada día lucha para evitar que el daño se vuelve tensionante³.

Es preciso hacer claridad sobre varias definiciones para comprender la trascendencia del tema y su relación con el personal de salud y su desempeño laboral⁴.

- La Real Academia de la Lengua Española define el afecto como cada una de las

pasiones del ánimo como la ira, el amor, el odio, etc⁵.

- La vida afectiva es el conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia e inmediata (subjetividad), que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), especialmente en su expresión (comunicatividad), y que, por lo general, se distribuyen en términos duales, como placer-dolor, alegría-tristeza, agradable-desagradable, atracción-repulsión, (polaridad)⁴.
- La afectividad es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer lazos con otras personas. Una afectividad positiva es la primera garantía de estabilidad emocional y seguridad, tanto en uno mismo como en los demás. Vallejo-Nágera (1991), entiende la afectividad como el modo en el que nos afecta lo que ocurre en nuestro entorno y que provoca sensaciones que oscilan entre dos polos opuestos: amor-desamor, alegría-tristeza, rechazo aceptación. En palabras de Rojas (1993, 12), la afectividad está constituida por “*un conjunto de fenómenos de naturaleza subjetiva, diferentes de lo*

*que es el puro conocimiento, que suelen ser difíciles de verbalizar y que provocan un cambio interior que se mueve entre dos polos extremos: agrado-desagrado, inclinación-rechazo, afición-repulsión*⁷. El diccionario filosófico-pedagógico (1997) señala que es una de las dimensiones de la persona y que se caracteriza por aspectos psíquicos, entre ellos: emociones, sentimientos y pasiones, unidos por las manifestaciones sentimentales del hombre y que se presentan entre dos ámbitos: agrado-desagrado, odio-amor, etc⁶.

- La afectividad es una cualidad del ser psíquico que tiene la capacidad de experimentar íntimamente las realidades exteriores y de experimentarse a sí mismo, es decir, de convertir en experiencia interna cualquier contenido de conciencia⁷.

Con base en estas definiciones se realiza esta investigación con el objetivo de cualificar la afectividad del personal de salud frente a pacientes de las UCI pediátricas de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2010.

METODOLOGÍA

Se utilizó una metodología cualitativa de tipo fenomenológico para conocer la realidad desde el punto de vista de las personas que la viven y realizar la descripción de la experiencia.

Población y muestra

La población evaluada fue el personal de la salud de cuatro UCI pediátricas de la ciudad de Medellín, durante el primer semestre del 2010; la muestra fue definida por interés de los investigadores: un médico, un profesional de enfermería, un auxiliar de enfermería y un terapeuta de cada unidad, elegidos según su disponibilidad, mediante una invitación directa a participar en la entrevista y con consentimiento informado por escrito, firmado previamente a la realización de la misma.

Recolección y análisis de la información

Para la recolección de la información se utilizó una entrevista semiestructurada con 18 preguntas abiertas, en la que se indaga por situaciones que pueden desencadenar posiciones afectivas. Se analizaron categorías relacionadas con seguridad, confianza, tensión, desilusión, tristeza, fatiga, apego y compasión durante la atención (Tabla 1).

Los perfiles de los profesionales entrevistados: médicos (M), profesionales de enfermería (PE), auxiliares de enfermería (AE) y terapeutas respiratorias (T). Se realizaron 16 entrevistas, cuatro a cada uno de los perfiles profesionales. Las entrevistas las efectuaron los investigadores. Se realizó prueba piloto a dos personas de cada área en una Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica de la ciudad con el cuestionario para determinar posibles errores de redacción y comprensión para mejorar el instrumento.

La información fue grabada en formato MP3, previo consentimiento de los entrevistados. Posteriormente, fueron transcritas.

Se hizo una lectura individual de las entrevistas, se analizó la información desde el punto de vista semántico, se categorizó la información según lo definido, se usaron tablas resumen y matrices de texto y, por último, se llevó a cabo una discusión grupal con el fin de confrontar la información.

Aspectos éticos

Los investigadores se comprometieron a cumplir los principios éticos de beneficencia, respeto, justicia y dignidad humana. Se garantizó el anonimato de las personas que participaron en la investigación, se respetó la libertad de las personas para negarse o aceptar su participación en el estudio.

RESULTADOS

Los profesionales evaluados coinciden en varios puntos relacionados con la mayoría de

Tabla 1. Definición de las categorías evaluadas en la entrevista semiestructurada.

Categorías	Definición	Pregunta
Seguridad y confianza	Esperanza firme que se tiene en las capacidades propias o en que las actividades que se realizan van a funcionar como se desea.	1, 9, 12, 13
Tensión	Es la falta de tranquilidad ante una posible amenaza o presión externa.	1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 13, 14, 15, 17, 18
Desilusión	Es lo que se experimenta cuando algo no responde a las expectativas que se habían creado.	4, 6, 8, 10
Tristeza	Estado emocional provocado por un decaimiento de la moral.	4, 5
Fatiga	Falta de energía y de motivación en respuesta al esfuerzo físico, al estrés emocional, a la falta de sueño, entre otros. Puede afectar el estado emocional ya que este agotamiento conlleva a errores y frustraciones.	3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 15, 17
Apego	Vínculo afectivo que se presenta entre dos o más personas con el objetivo de buscar una relación de proximidad.	16
Compasión	Capacidad para sentirse próximo al dolor de los demás y la voluntad de aliviar o reducir su sufrimiento.	10, 12, 13, 16

las categorías. Se sienten confiados y seguros en la toma de decisiones y consideran que los conocimientos y el profesionalismo en la práctica diaria permiten un empoderamiento de las situaciones de manera adecuada. Los profesionales de enfermería y las terapeutas coinciden en referir que el compromiso, la responsabilidad y la objetividad son sustanciales para la confianza con la que realizan sus labores; las auxiliares de enfermería argumentan que la tranquilidad en sus labores les asegura una mayor confianza en su desempeño.

Fragmentos de algunas entrevistas:

“...Las decisiones de mucha responsabilidad...trato de sentir y demostrar confianza al tomarlas...”. M
“Trato de ser profesional y basarme en los conocimientos”. M
“...Las enfrento con compromiso dando todo de mí para asumir dicha responsabilidad....”. PE
“Trato de hacerlo con la mayor calma posible.....”. AE

A los cuatro perfiles profesionales les genera tensión, además de las situaciones urgentes asociadas con complicaciones y muertes de los pacientes, el exceso de ruido en los servicios, la falta de insumos, la falta de trabajo en equipo y de comunicación dentro de la Unidad. Todos los profesionales refieren desilusión y tristeza relacionada con situaciones de salud sin tratamiento, la muerte de los pacientes y la tristeza de los familiares, principalmente. Llama la atención que tanto los profesionales como los auxiliares de enfermería y los terapeutas aludan a la desilusión cuando no cumplen metas de trabajo y objetivos definidos en las Unidades.

Fragmentos de algunas entrevistas:

“Cuando no hay insumos o equipos disponibles en una emergencia”. T
“Cuando no hay comunicación, entonces no hay un buen trabajo en equipo”. AE
“Desorden, ruido y exceso de gente dentro de la Unidad”. M
“Cuando no se puede sacar a un bebé de un

parto y ver el sufrimiento y la tristeza de los padres". T

"Cuando me encariño con un niño que no le puedo ofrecer nada". M

"Me siento mal por no rendir bien a la institución". T

Los cuatro profesionales coinciden en la fatiga relacionada con las largas jornadas de trabajo y con el tipo de situaciones que tienen que vivir a diario. Todos buscan actividades externas y familiares para relajarse.

Fragmentos de algunas entrevistas:

"Para relajarme...ejercicio, música, lectura...". M

"Cuando durante el turno hubo mucho trabajo...me voy a mi casa y me relajo con mis hijos". T

Respecto a las situaciones de apego y compasión las refieren principalmente relacionadas con las enfermedades, los niños con múltiples problemas de salud, las familias y sus situaciones sociales y económicas. Todos coinciden en que las situaciones de maltrato infantil y el abandono de los menores les producen sentimientos de apego hacia los pacientes.

Fragmentos de algunas entrevistas:

"Niños sin opciones terapéuticas y que sufren mucho". PE

"Familias que no quieren a los niños". M
"Bebés en donde su situación económica no es la mejor, bebés que son abandonados". AE

En la Tabla 2 se resumen las posiciones que en cada categoría de análisis asumieron y describieron los perfiles profesionales entrevistados.

DISCUSIÓN

En las Unidades de Cuidados Intensivos son hospitalizados los pacientes críticos que

necesitan de medidas especiales para el soporte vital. El contacto con estos pacientes puede desencadenar, en el personal de la salud, respuestas emocionales tanto positivas como negativas; más aún cuando la población de la Unidad de Cuidados Intensivos es pediátrica^{5,6}.

En la búsqueda de literatura no son muchos los artículos que hacen referencia a este tema; sin embargo, se encuentra bibliografía sobre un tema conocido como Síndrome de Burnout. Se ha encontrado que las personas del área de la salud que trabajan con mucha presión pueden desarrollar el Síndrome de Burnout⁷⁻¹² (cansancio emocional, despersonalización y la no realización personal). Su causa principal se da por el continuo contacto con el sufrimiento, el dolor y la muerte, lo que permite identificar las razones del porqué el personal de salud toma determinadas actitudes ante pacientes en estado crítico. En nuestro estudio no se realizaron encuestas dirigidas a detectar el Síndrome de Burnout, pero hay varios factores de este síndrome que son manifestados por el personal de la salud evaluado, como la fatiga, por las altas cargas laborales, el contacto con el sufrimiento y la muerte. No se afirma que padecen el Síndrome pero se encuentran resultados que pueden ser analizados en ese contexto.

Los profesionales de la salud llevan a cabo su labor en un entorno estresante, por factores que incluyen la necesidad de trabajar con pacientes graves, con alta probabilidad de muerte; familias tensas y afligidas, presiones de tiempo, inherentes a cuidar varios niños enfermos, jornadas laborales prolongadas, recursos económicos limitados y un aislamiento relativo de la familia y los amigos^{13,20,23}. En la presente investigación se evidencia que el personal de la salud se ve afectado por la muerte de los pacientes; otros factores en común encontrados son la fatiga por la alta carga laboral y el sentimiento de que el trabajo absorbe parte de su vida y su tiempo es limitado para dedicarlo a su familia, amigos o fechas especiales. En varios estudios encontrados se advierte el hecho de que a mayor experiencia profesional y laboral es más fácil separar el trabajo de la vida personal¹³.

Tabla 2. Codificación de las respuestas según perfil de los entrevistados y categorías de análisis.

Categorías	Médicos	Profesional de enfermería	Auxiliar de enfermería	Terapeuta
Seguridad y confianza	En general, en la toma de decisiones de mucha responsabilidad.	En la toma de decisiones de mucha responsabilidad.	En los conocimientos para la atención del paciente.	Al tener la confianza que les expresan sus jefes y se ve reflejada al tomar decisiones de mucha responsabilidad.
Tensión	Se relaciona con factores como ruido, desorden, exceso de personas dentro de la Unidad, estar solo frente a muchos pacientes y situaciones urgentes como disparadores de tensión en los médicos.	Pacientes en estado crítico, incumplimiento de las actividades por parte del grupo a cargo del profesional de enfermería, muerte de un niño, paro cardio respiratorio.	Relacionado con factores como: servicio lleno y muchas tareas por cumplir, reanimación, falta de comunicación, muerte de un niño, familias angustiadas	Al asumir experiencias difíciles en la vida laboral. Falta de equipos e insumos. Paro cardio respiratorio, múltiples pacientes.
Desilusión	No cumplimiento de los objetivos: los médicos lo asumen como aspectos que implican desilusión y frustración.	Cuando no se cumplen con los objetivos por falta de comunicación y poca adherencia a protocolos.	Por no cumplir con los objetivos y fallar en algo se siente desilusión.	Cuando no se cumplen con los objetivos por falta de compromiso por parte de los empleados se genera frustración en las terapeutas.
Tristeza	Muerte de los niños y pacientes a quienes no se les puede ofrecer un tratamiento curativo.	Fallar en el cumplimiento de los objetivos y de las metas trazadas y cometer errores son las situaciones que mayor tristeza genera en los profesionales de enfermería.	Muerte de un niño y no cumplir con las metas propuestas genera tristeza, además de desilusión.	Reanimaciones fallidas, la muerte y la angustia de los padres ante la enfermedad y la muerte de su hijo genera tristeza.
Fatiga	Altas jornadas laborales, largas y alta carga laboral durante las mismas.	Alta carga laboral y jornadas extensas.	Alta carga laboral.	Alta carga laboral y jornadas extensas.
Apego	Se presenta relacionado con situaciones difíciles: pacientes con múltiples problemas médicos, familias con una situación socioeconómica difícil, cuando se encuentra maltrato infantil, cuando los niños de la UCI son los primeros de una familia, cuando los niños llevan mucho tiempo en la UCI.	Frente a niños que llevan largo tiempo en la Unidad, pacientes que no reciben visitas de su familia por diversos motivos, niños sin opciones terapéuticas.	Se presenta frente a pacientes con dificultades económicas, pacientes que no reciben visitas.	Frente a niños que llevan largo tiempo en la Unidad, pacientes que no reciben visitas, pacientes en malas condiciones.
Compasión	Actitud compasiva frente a las familias de los niños enfermos.	Frente a las familias de los niños enfermos y con los niños.	Al igual que el apego la compasión se presenta frente a pacientes con dificultades económicas, pacientes que no reciben visitas.	Actitud compasiva frente a las familias de los niños enfermos y con los niños.

Se encontró que el personal de salud ante situaciones de mucho estrés en las que no se cumplen los objetivos propuestos, se crean sentimientos de frustración, impotencia, desconcierto, así como lo hallado en la investigación de Martino Alba R *et al.*, 2007 en la que la mitad de los profesionales encuestados (93 médicos) manifestó fracaso personal o profesional, por ejemplo, en el fallecimiento de un paciente con el que han establecido una estrecha relación durante la atención, lo que desarrolla sensación de fracaso.^{14,21}

El dolor por la muerte de un niño es inevitable en la UCI pediátrica. Probablemente los casos más problemáticos para el personal sanitario son los de pacientes a los que se conocía bien por ingresos recurrentes o prolongados^{14,17}. Los profesionales de la salud que participaron en esta investigación mencionan que los pacientes que llevan un tiempo prolongado en la UCI generan sentimientos de apego, por lo que su muerte los afecta emocionalmente¹⁸.

En este estudio se encontró que los profesionales de la salud, ante el estado crítico de un paciente, asumen una posición de apego, en contraste con el estudio de Salas Arrambide M, *et al.*¹³, en el que encontraron que el personal de la salud hacia la muerte de un paciente pediátrico desarrollaban reacciones de distanciamiento para soportar mejor la dolorosa experiencia del fallecimiento, pero, sin embargo, ambos grupos manifiestan que tratan de manejar estas situaciones con mucho profesionalismo y enfrentando la muerte como un hecho natural de la vida.

Muchos estudios que evalúan equipos médicos indican que la exposición a pacientes terminales tiene efectos negativos en el bienestar emocional y físico de éstos. Sin embargo O. Taubman–Ben-Ari y A. Weintraub en 2008 encontraron que esta exposición puede tener también implicaciones positivas como el crecimiento personal y la valoración del significado de la vida, en médicos y enfermeras que trabajan con niños hospitalizados y expuestos a diferentes niveles de mortalidad^{15,24}. En el estudio realizado en las

UCI pediátricas de la ciudad de Medellín son encontrados de igual manera factores positivos dentro de los cuales se incluye el valorar más los momentos compartidos en familia y el crecimiento tanto personal como profesional después de enfrentarse a situaciones dolorosas, que promueven en el personal de salud el deseo de luchar por el mejoramiento en la atención y en el trabajo con los demás niños.

El diálogo abierto y respetuoso, junto con un apoyo mutuo a los niños y familias atendidos, disminuyen los agentes estresantes y aumentan las gratificaciones asociadas con cuidar niños que fallecen en la UCI pediátricas^{13,19,22}. En este estudio se evidenció la comunicación abierta y de apoyo a las familias de los niños enfermos como un factor protector frente al estrés que produce las situaciones vividas y las largas jornadas de trabajo.

CONCLUSIONES

El personal de salud, en cierta parte, se deja influenciar por las diferentes situaciones que presentan los pacientes pediátricos tanto en la salud como en su entorno familiar y económico; sin embargo, todos estuvieron de acuerdo en que trabajan con profesionalismo para enfrentar situaciones delicadas con una mirada objetiva y responsable.

Los sentimientos más frecuentes que expresa el personal de la salud son frustración, temor e impotencia cuando ven un niño en la UCI. En todo momento tratan de mostrarse calmados y dispuestos a enfrentar cualquier situación imprevista y la manejan con responsabilidad. Siempre están atentos a los pacientes y a sus familias para brindar la información necesaria con el fin de darles mayor tranquilidad.

Factores como el ruido, el desorden, el exceso de personas dentro de las UCI y la alta carga laboral, son situaciones que demandan un alto grado de tensión. También turnos mayores de 12 horas agotan al personal de la salud tanto física como mentalmente lo que lleva a que

éste se afecte emocionalmente. En general, estos factores se pueden mitigar si se crean o fortalecen espacios para disipar el estrés en las UCI pediátricas.

Durante la investigación en las unidades de Cuidados Intensivos pediátricas se mostró que las experiencias y relatos personales de los profesionales de estas áreas revela algunos temas que merecen una seria atención: pérdidas sin duelo, expectativas irreales, abandono familiar, maltrato físico, incertidumbre por relacionarse con el paciente y sus familias, preguntas no resueltas y un sufrimiento y muerte inexplicadas. Sin embargo, aunque la cantidad de preocupaciones que aqueja al personal de la salud, se refleja que tienen un interés por la conservación de la vida y que su juicio no se ve alterado en ninguna circunstancia. Por ello, resulta fundamental inculcar a los profesionales de salud que sepan afrontar los aspectos subjetivos que el paciente expresa, que sepan comprenderlos, interpretarlos y tratarlos en una relación de ayuda interpersonal clara y definida, que les permita un manejo terapéutico con el paciente y de protección y mantenimiento para el cuidador.

Por otro lado, es de suma importancia brindar la información obtenida en esta investigación al área de Salud Ocupacional de cada institución para que implementen programas que se enfoquen en el bienestar del personal de salud, se modifiquen los factores estresantes y se tengan condiciones adecuadas de trabajo e, igualmente, desarrollar programas de apoyo al profesional afectado por situaciones dolorosas y emotivas relacionadas con las condiciones de sus pacientes. Estos nuevos programas no solo ayudan al personal en su aspecto psicológico sino en su desempeño laboral y mejoran los estándares de calidad institucional.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Mónica Uribe Ríos, por su buena disposición para colaborar en la elaboración

del artículo y el aporte de sus conocimientos en investigaciones cualitativas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Schwappach D, Boluarte T. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139(2):9-15.
2. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, *et al*. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007; 33: 467- 476.
3. Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *J Pediatr Health Care*. 2008; 22(1): 24 - 34.
4. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4. ed. Barcelona: Masson;2000.
5. Real Academia de la Lengua. Diccionario de la lengua española. 22. ed. Madrid: RAE;2001.
6. Rodríguez JÁ. Análisis descriptivo de los valores sentimiento y emoción en la formación de profesores de la Universidad de Granada. Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado. 2002;6 (1-2):1-13.
7. Poveda JM. En: Gran Enciclopedia Rialp. Madrid: Rialp; 1971. Afectividad; p. 268-272.
8. Anand KJ, Hall RW. Love, pain, and intensive care. *Pediatrics*. 2008 Apr;121(4):825-7.
9. Kushnir T, Rabin S, Azulai S. A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nurs*. 1997; 20: 414 - 421.
10. Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*. 2006;4:65-80.
11. De las Cuevas C, González de Rivera JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benítez A. Burnout and reaction to stress. *Rev Med Univ Navarra*. 1997;41(2): 10-18.
12. Pérez Jáuregui MI. Cuando el estrés laboral se llama Burnout - quemarse en el trabajo- : causas y estrategias de afrontamiento. *Psicología y Psicopedagogía [publicación periódica en línea]*.2001 [citada 2012 Mar 7]; 2(5). Disponible en: <http://tinyurl.com/cy25ey4>
13. Orbáiz VR, Vicente AR, Molina OP, Rabiza AP, Purón CM, Rojas DV. Burnout syndrome epidemiology. *Rev Enferm*. 2008;31(7-8):29 - 38.
14. Maslach C, Jackson SE. Burnout in organizational settings. *Annual Review of Psychology*. 1981;52:397-422.
15. Moreno B, Oliver C, Pastor JC. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal G, Caballo VE. Manual de psicología clínica aplicada. Madrid: Siglo Veintiuno;1991.p. 271-284.
16. Salas Arrambide M, Gabaldón Poc O, Mayoral Miravete JL, Pérez-Yarza EG, Amayra Caro I. El pediatra ante la muerte del niño en la UCIP. *An Pediatr Barc*. 2005; 62(5): 450 - 7.
17. Martino Alba R, Casado Flores J, Ruiz Díaz MA. Actitudes de los pediatras ante la muerte. *An Pediatr Barc*. 2007; 66(4):351-6.
18. Taubman-Ben-Ari O, Weintroub A. Meaning in life and personal growth among pediatric physicians and nurses. *Death Stud*. 2008; 32(7):621- 645.
19. Schwappach D, Boluarte T. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139:9-15.
20. Miller KL, Reeves S, Zwarenstein M, Beales JD, Kenaszchuk C, Conn LG. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2008 Nov;64(4):332-43.
21. Decety J. Expertise modulates the perception of pain in others. *Curr Biol*. 2007; 17(19):1708-13.
22. Blocher DH, A Biggs DA. La psicología del counseling en medios comunitarios. Barcelona:Herder;1986.
23. Buendía J. Estrés laboral y salud. Madrid: Biblioteca Nueva;1998.
24. Saforcada ET. Psicología comunitaria: el enfoque ecológico-contextualista de James Kelly. Buenos Aires: Koyatún; 2009.
25. Kundera M. La insoportable levedad del ser. Barcelona: Tusquetes; 2008.
26. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca;1986.
27. Pérez Jáuregui MI. La construcción auténtica e inauténtica del proyecto de vida laboral [tesis Doctoral]. Buenos Aires: Universidad del Salvador;1998.