

Cuidados psicosociales de enfermería en el paciente gran quemado

AUREA CALLEJAS HERRERO, CRISTINA CUADRADO RODRÍGUEZ
ALICIA PEÑA LORENZO, M.ª JESÚS DíEZ SANZ:
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Debemos considerar al paciente desde el punto de vista holístico, esto es, no sólo desde una perspectiva física, sino también mental, emocional y espiritual (que no ha de confundirse con la religiosidad).

Un paciente gran quemado en el lugar del accidente es visto por el profesional que lo atiende como un paciente crítico, y para él lo primordial es su supervivencia. Es al ingresar en la Unidad de Grandes Quemados cuando comienza su largo y no fácil camino hasta su recuperación, entendiéndose esta como el inicio en la mayoría de los casos de una nueva manera de integrarse, sentir, percibir y, en definitiva, de aprender de nuevo a vivir.

El papel de la enfermería durante esta andadura resultará vital. Del vínculo que se establezca entre la enfermera o el enfermero y el paciente dependerá en gran medida su pronta y mejor recuperación y, por lo tanto, su integración y re inserción en la nueva vida que le espera.

En este artículo se desarrollan los siguientes apartados:

- Evolución psicoemocional durante su estancia en la unidad (duelo).
- Cuidados psicoemocionales de la enfermería (miedos, dolor, cambio de imagen, larga estancia, recursos).
- Manejo de las medidas de autoprotección del personal de enfermería para mantener la propia estabilidad psicoemocional.

PALABRAS CLAVE: GRAN QUEMADO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SHOCK POSTRAUMÁTICO, EVOLUCIÓN PSICOEMOCIONAL, BURNOUT.

PSYCHOSOCIAL NURSING CARE PATIENT WITH MAJOR BURNS

Summary

We must consider the patient as a human being from a holistic point of view; that is, not only from a physical point of view, but also from a mental emotional and spiritual perspective (not to be confused with religion).

A patient with major burns is seen as a critical patient by the physician, and for him the most important issue is the survival of the patient. It is when the patient is admitted in the Burns Unit when the long and not easy road to recovery begins, in the understanding this is a new way to integrate, feel and ultimately learn to live again.

The role of nursing during this journey will be vital. The prompt and better recovery of the patient will largely depend on the link established between nurse and patient, as well as his/her integration in the new life that awaits him.

The following topics are developed in this article:

- *Emotional evolution during his stage in the Burns Unit.*
- *Psychoemotional nursing care (fear, pain, image change, long hospital stay, resources).*
- *Management of the self-protection measures of the nursing staff to maintain its own emotional stability.*

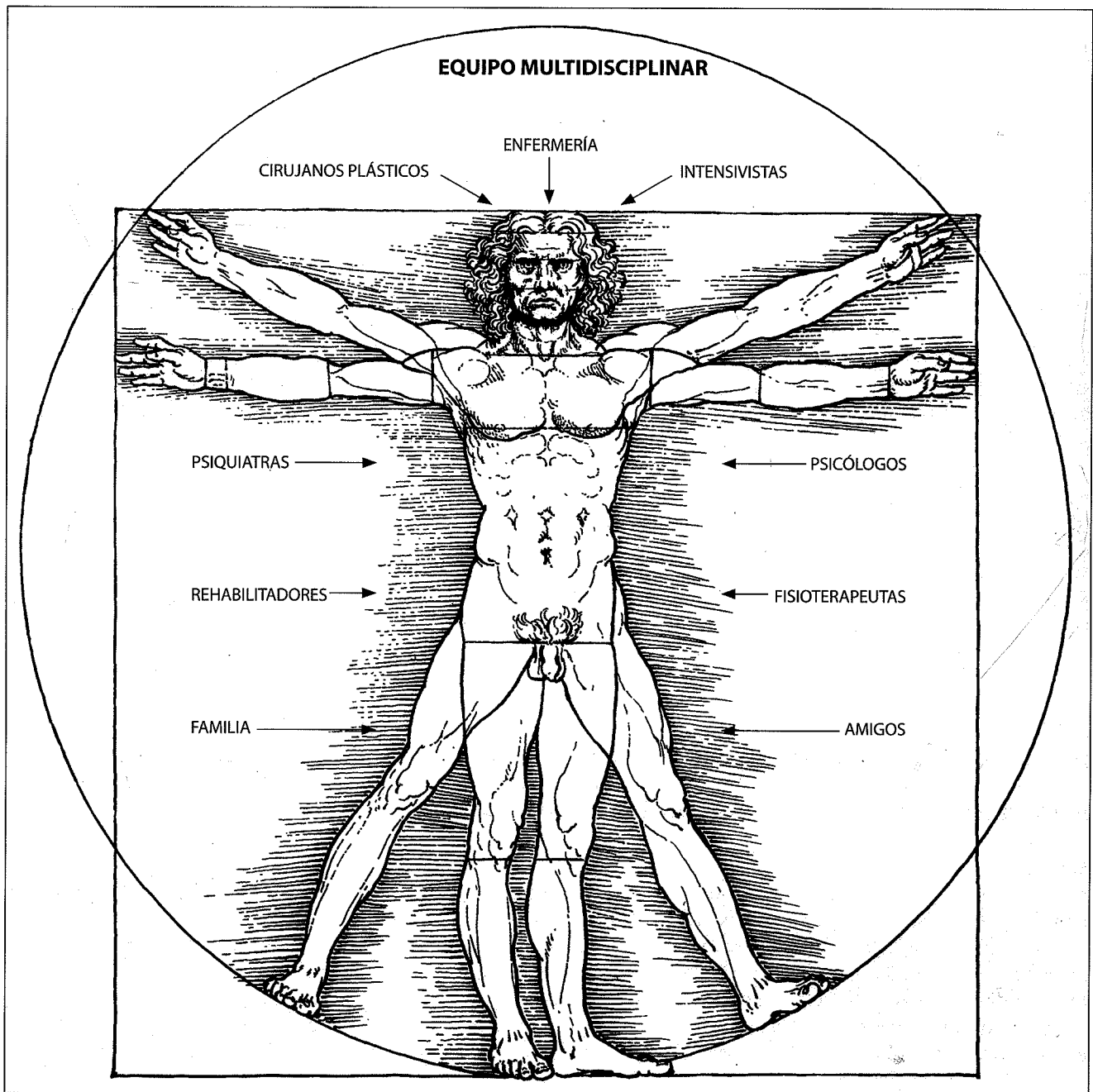
KEYWORDS: EXTENSIVELY BURNED, PSYCHOLOGY EVOLUTION, TRAUMATIC SHOCK, BURNOUT.

Introducción

Cuando un paciente ingresa en la Unidad de Grandes Quemados (UGQ) acaba de vivir una situación dramática que le ha producido un trauma físico pero también emocional. En los primeros momentos, lo importante es lograr que el enfermo sobreviva y, pasada esta fase, este tendrá que enfrentarse a dos etapas: la aguda y la de convalecencia-adaptación. Dichas etapas son un reto tanto

para él como para todo el equipo asistencial implicado en su proceso de recuperación.

La enfermería tiene un papel relevante durante todo el proceso de curación, ya que es la parte del equipo multidisciplinar que permanece mayores periodos de tiempo en contacto directo con el paciente, proporcionándole cuidados que abarcan todos los



niveles, tanto físico como mental, emocional y espiritual. Por ello debe planificar los cuidados dirigidos a evitar posibles secuelas físicas y emocionales y, de esta manera, ayudar al paciente en su posterior reinscripción e integración en la vida social.

A nivel psicológico, el accidente y la quemadura producen en los pacientes grandes quemados un estado de *shock* posttraumático. Este *shock* es vivido como una amenaza para la integridad física y psíquica, dado que quiebra la creencia en su invulnerabilidad y la confianza en sus propios recursos, además de causar una pérdida de control tanto de las circunstancias como de uno mismo.

En términos generales, se acepta que después del accidente el enfermo pasa por tres fases:

- 1.ª fase: crítica o de supervivencia, en la que lo primordial es salvar la vida del paciente.
- 2.ª fase: aguda y de reconstrucción, durante el ingreso.
- 3.ª fase: de adaptación, a lo largo de su convalecencia.

Puede ocurrir también que todo el equipo multidisciplinario que trata a grandes quemados, y en especial el equipo enfermero, se vea afectado psicológicamente por la importante implicación y sobrecarga de estrés que supone atender a estos pacientes, a los que acompaña una atmósfera de «tragedia». Para prevenir el impacto

psico
cas ha
ha de
centr

Fases

Este a
facilit
y para
el tra
cede
se ha
de da
Plus,
UGO
El
doble
las se
tes, le
lo má
la inf
el acc
para
poder
que e
taliza

Inform

Cada
y soci
cilita
que a
inform
va pos
Ha
se de
el cas
forma
liares
del ac
La

- Dat
- Qu
- An
- Rel
- To
- me
- dist
- por

psicológico en la enfermería, se deben utilizar las técnicas habituales al respecto y, en el caso de producirse, se ha de buscar la solución o el apoyo de los psicólogos del centro del trabajo.

Fases de actuación ante el paciente gran quemado

Este artículo detalla la actuación de la enfermería para facilitar la adaptación del paciente a su nueva situación y para prevenir la aparición de secuelas psicológicas. En el trabajo se abordarán las fases 1.^a y 2.^a, ya que la 3.^a sucede fuera del medio hospitalario. Para su elaboración se ha utilizado la información procedente de las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cinahl, Uptodate, Cochrane Plus, Fisterra y la propia experiencia del día a día en la UGQ de nuestro hospital.

El objetivo que se plantea es ayudar al paciente en el doble aspecto de aceptar su nueva situación y prevenir las secuelas psicológicas. Para abordar estas dos vertientes, lo primero que se debe hacer es conocer al paciente lo más minuciosamente posible. Se trata de recabar toda la información posible respecto al enfermo, su entorno, el accidente y sus consecuencias tanto para este como para su familia. Dicha información nos va a servir para poder hacer frente y cubrir las necesidades psicosociales que el paciente gran quemado tendrá durante su hospitalización y en fases posteriores.

Información previa

Cada persona presenta unas peculiaridades personales y sociales que, conocidas por el personal enfermero, facilitan el establecimiento de una buena comunicación que ayude al enfermo a superar la situación. Por ello, la información que se obtenga deberá ser lo más exhaustiva posible.

Hay datos que se pueden extraer de la historia y otros se deberán preguntar al paciente, si está consciente; en el caso de estar sedorrelajado o sedoanalgesiado, la información necesaria será proporcionada por los familiares, amigos, compañeros, etc., incluso por los testigos del accidente.

La información relevante es:

- Datos personales: edad, estado civil, hijos, trabajo, nivel cultural.
- Quemadura: diagnóstico y pronóstico inicial, si fue accidental o intencionada, circunstancias del accidente, consecuencias económicas, legales y familiares del accidente.
- Antecedentes psicológicos: enfermedad psiquiátrica, abuso de sustancias o alcohol, gustos generales, aficiones.
- Relaciones personales: características de su carácter e integración en la vida familiar, laboral y con los amigos.

Toda esta información ayuda a la enfermera o enfermero a tratar con precisión y esmero al paciente en las distintas fases -de acuerdo con la secuencia temporal- por las que va a pasar:

Fase crítica

Es la fase inmediata a su ingreso. En ella, lo más importante para el paciente es salvar la vida, y por ello se aplican los protocolos asistenciales, las técnicas, etc., para conseguir su estabilización dentro del estado crítico. Con frecuencia, el enfermo se encuentra sedorrelajado o sedoanalgesiado, pero, a pesar de ello, se aplican unas normas basadas en la experiencia y el sentido común en el ámbito del manejo psicológico que a continuación describimos, y que sintetizamos en la tabla 1.

NORMAS DE ATENCIÓN EN LA FASE CRÍTICA

- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Hablar al paciente como si estuviera despierto. |
| 2 | No hacer comentarios sobre el accidente en su presencia. |
| 3 | Realizar las maniobras que precise siempre con movimientos suaves. |
| 4 | Hacer los comentarios dentro de la habitación como si él estuviera participando. |
| 5 | Adecuar el ambiente para hacerlo agradable en la medida de lo posible, de acuerdo con sus gustos. |
| 6 | Ponerle al corriente de su situación y posibles mejoras. |
| 7 | Vigilar y tratar los signos de dolor. |
| 8 | Informar a los familiares y hacer que participen y cumplan estas normas. |

TABLA 1

1. Hablarle como si estuviera despierto: esto se justifica en el hecho de que nunca se sabe el momento en el que el paciente puede recobrar la conexión con su entorno, ya que en ocasiones no lo puede exteriorizar. La experiencia demuestra que algunos pacientes son conscientes y recuerdan hechos, conversaciones y detalles acaecidos durante la sedación.

2. Nunca hacer comentarios en su presencia sobre el accidente: la situación dramática vivida y el hecho de recordarla puede ser causa de angustia y sufrimiento, con el agravamiento de no poder verbalizarlo.

3. Las maniobras que se realicen al enfermo (el aseo, cambios posturales, curas, accesos venosos, etc.) deben llevarse a cabo mediante un contacto suave, evitando los movimientos bruscos que puedan causar dolor.

4. Comunicarnos dentro de la habitación como si el enfermo estuviera participando en la conversación. El tiempo de permanencia en la habitación del paciente es prácticamente continuo. Las curas largas de varias horas hacen que con frecuencia surjan comentarios relacionados con el paciente, el trabajo o los tratamientos; estos siempre deben hacerse como si él pudiera participar de ellos.

5. Adecuar el ambiente para hacerlo agradable en la medida de lo posible, de acuerdo con sus gustos: el paciente necesita estar en un entorno cómodo y relajado, y para ello se evitarán ruidos molestos, se reducirá el volumen de las alarmas, se pondrá música (la que le guste), etc.

6. Ponerle al corriente de su situación y posibles mejoras: se le informará de que no se puede mover porque

está con sedantes, de que no puede hablar porque está intubado o traqueotomizado, de que estas son situaciones pasajeras hasta su mejoría y de que le será muy beneficioso relajarse.

7. Vigilar y tratar los signos de dolor: se estará alerta ante la presencia de inquietud, agitación, cambios en el ritmo cardiaco, SatO_2 , etc., para poder tratarlos o, en su caso, evitarlos. Puesto que cada paciente tiene su propio umbral de dolor, la experiencia del mismo es personal y, por lo tanto, nunca comparable a la de otro paciente, aunque este se halle en una situación similar.

8. Informar a los familiares y hacer que participen y cumplan estas normas: teniendo en cuenta que la familia va a ser el pilar principal de apoyo del paciente, el contacto con esta deberá ser inmediato (salvo negativa de la misma por *shock* emocional) y lo más prolongado posible. Es importante que se oriente a los familiares acerca de cómo actuar el tiempo que permanecen en la habitación.

Fase aguda

En esta fase, los sentimientos de negación, ira y tristeza prevalecen en el paciente. La atención enfermera tomará un papel relevante y centrará en la disminución del estrés al que está sometido el enfermo y en ayudarle a afrontar su situación y sus reacciones emocionales, con el objetivo de minimizar los efectos negativos. Aunque en esta labor colabora todo el equipo multidisciplinar, el equipo enfermero es el más implicado en esta fase, ya que es el que más tiempo permanece junto al paciente.

Las normas de esta fase se exponen a continuación, y se enumeran en la tabla 2.

1. Informar al paciente sobre dónde está: esto lo ayuda a situarse en el espacio y en el tiempo, ya que, al tomar contacto con la realidad después de permanecer sedado durante un periodo más o menos largo, el paciente suele estar con desorientación temporal-espacial, sobre todo si en el momento de su llegada a la unidad venía en estado de sedación.

2. Informarle sobre qué le ha sucedido: se le comuni-

ca que su situación es debida a un accidente y que está en proceso de mejora.

3. Darle información sobre los tratamientos que recibe: hay que explicarle por qué está conectado a monitores y también sobre cualquier otra maniobra que pueda resultarle invasiva o molesta.

4. Darle información respecto a la posibilidad de volver a hablar (en caso de intubación o de ser portador de una traqueotomía): disminuye el miedo y la ansiedad originados por la incapacidad de comunicarse.

5. Darle información respecto a la posibilidad de volver a ver (en caso de quemaduras faciales con afectación en los párpados y los ojos): a veces portan tarsorrafias o cremas que les impiden ver, y en otras ocasiones no pueden ver a causa del tratamiento. Sin embargo, se le debe explicar que esto es temporal para aminorar su ansiedad.

6. Darle información sobre la posibilidad de volver a caminar (en caso de paciente encamado por tiempo prolongado): la deambulacion supone un grado de independencia que todos los pacientes sienten como mejoría en su enfermedad y, por lo tanto, el hecho de explicarles que esto se podrá conseguir los motiva en su proceso de curación.

7. Darle información sobre las ayudas y recursos de que dispone: a su debido tiempo, esta información les facilita superar las dificultades sociales y económicas derivadas del accidente y la enfermedad.

8. Evitarle el dolor como tratamiento prioritario: debe actuarse con eficacia, ya que el dolor producido por las quemaduras puede llegar a ser muy intenso. La enfermera debe detectar, localizar y valorar la evolución del dolor en respuesta a y en relación con el tratamiento prescrito; nunca se debe subestimar el nivel de dolor que manifiesta el paciente (cada paciente tiene su propio umbral de dolor). Hay que encontrar un equilibrio entre el riesgo-beneficio de la analgesia y sus posibles efectos secundarios y explicar al paciente que durante las curas, por mucho cuidado que se tenga, puede padecer dolor.

NORMAS DE ATENCIÓN EN LA FASE AGUDA

1	Dónde está (orientación temporal-espacial).
2	Qué le ha sucedido.
3	Los tratamientos que recibe.
4	Si volverá a hablar (en caso de estar intubado o traqueotomizado).
5	Si volverá a ver (en caso de quemaduras faciales con afectación en los párpados y los ojos).
6	Si volverá a caminar.
7	Las ayudas y recursos de que dispone.
8	Evitar el dolor como tratamiento prioritario.
9	Preguntarle qué recuerda del accidente y valorar si quiere hablar de ello.
10	Integrar a los familiares y hacer que cumplan estas normas.
11	Proporcionar ayuda paralela a los familiares que participan en el apoyo al paciente.

TABLA 2

9. B
quiere
lo que
sea él
compr
recup
etapa
10.
norma
person
y man
ocurr
su can
frecue
11.
partic
jar de
les ha

E
re
di

libera
pone
muy t
algún
prevale
de ser
derru
y la to
suces
cirse
caso n
buen
saber
cha as

Medic
psicol
Debid
blece
rante
hay q
de enf
Es
manda
el paci
cional
terapi

9. Preguntarle qué recuerda del accidente y valorar si quiere hablar de ello: sólo se comentará con el paciente lo que él esté dispuesto a aceptar, permitiendo así que sea él quien vaya abriendo el camino hacia un relato más completo y detallado sobre cómo se siente durante su recuperación y, con ello, empiece a afrontar su nueva etapa personal y social.

10. Integrar a los familiares y hacer que cumplan las normas: el contacto con la familia, preparada por el personal enfermero, permitirá al enfermo verbalizar y manejar la culpa y la negación del suceso (que suele ocurrir en un primer momento), y lo ayudará a asumir su cambio de imagen y las posibles limitaciones que son frecuentes tras las quemaduras graves.

11. Proporcionar ayuda paralela a los familiares que participan en el apoyo al paciente: es importante no dejar de lado la ayuda simultánea a dichos familiares. Se les ha de facilitar la asistencia para que puedan a su vez

El papel de enfermería es relevante por su contacto directo con estos pacientes

liberar los miedos, temores, dudas y angustias que supone afrontar un hecho de características casi siempre muy trágicas. En ocasiones nos podremos encontrar con algún familiar que, pasado el momento inicial donde prevalece la supervivencia de su ser querido, como puede ser el caso de una madre ante su hijo, experimenta un derrumbe moral ante la lenta recuperación del enfermo y la toma de conciencia de la verdadera gravedad del suceso y sus consecuencias. No obstante, puede producirse una negativa a recibir ayuda psicológica, en cuyo caso nunca deberemos insistir ni presionar, a pesar de la buena intención que aquella persiga. Bastará con hacer saber a los familiares que siempre podrán contar con dicha asistencia en el momento que así lo deseen.

Medidas de autoprotección psicológica del personal de enfermería

Debido al vínculo de relación interpersonal que se establece entre el paciente y el profesional enfermero durante la atención al enfermo con quemaduras graves, hay que tener en cuenta el apoyo psicológico al equipo de enfermería.

Es difícil mantener el equilibrio emocional ante demandas que sobrepasan los límites normales, dado que el paciente puede llegar a realizar un claro chantaje emocional (dolor intenso, exceso de calmantes, demora en terapias molestas, etc.). En estas situaciones, o cuando

algún profesional sienta que dicha circunstancia le afecta psicológicamente y pierde como consecuencia la relación empática con el paciente (capacidad de ponerse en el lugar del otro sin que nos afecte de modo personal), llegando a vivenciar la situación de forma subjetiva, se realizan sesiones de equipo conducidas por el psicólogo o el psiquiatra. En dichas sesiones se analiza la situación y se proponen pautas de actuación que seguirán todos los profesionales. Estas pautas se conforman como estrategias para afrontar de manera positiva y satisfactoria los cuidados y van enfocadas a:

1. Cómo controlar el estrés laboral derivado de la sobrecarga de trabajo, el contacto constante con el sufrimiento y la escasa formación en el abordaje emocional.

2. Cómo favorecer la cohesión de equipo y por tanto, la comunicación entre el mismo para poder así hacer frente a situaciones conflictivas de comunicación y que a su vez requieren unanimidad en las respuestas, como son:

- Comunicar malas noticias mediante la preparación de la entrevista con el equipo multidisciplinar y disponer del momento adecuado que permita la privacidad sin interrupciones.

- Saber contestar a preguntas difíciles como «¿Qué me pasa?» o «¿Cómo voy a quedar?», asegurándonos de hasta dónde quiere el paciente profundizar en el tema y respetando su decisión. Debemos ofrecer nuestra disponibilidad y nunca dar falsas esperanzas.

- Abordar las distintas reacciones emocionales del paciente y los familiares mediante la comprensión y respeto en los turnos de palabra y silencios del paciente.

3. Cómo prevenir el *burnout* (síndrome de agotamiento laboral o fatiga laboral crónica, o respuesta prolongada de estrés ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo). Se logra identificando necesidades y recursos de dos tipos:

- Personales, mediante estrategias de afrontamiento acordes con la situación, entrenamiento en autocontrol y soporte social y familiar.

- Organizativas, consiguiendo la cohesión y objetivos comunes en el equipo, a través de las sesiones interdisciplinares y de formación.

Discusión

A partir de lo expuesto anteriormente se puede decir que en el cuidado del paciente quemado grave interactúa el equipo interdisciplinar y que la cohesión y comunicación de este beneficia el curso de la enfermedad del paciente.

En ocasiones, la formación en los aspectos psicológicos y humanos del paciente gran quemado no ha sido lo bastante potenciada en la preparación de los profesionales sanitarios. Estos aspectos son importantes en todas las patologías, pero en el caso del gran quemado alcanzan una relevancia similar a la de la propia enfermedad, ya que las consecuencias de las quemaduras (amputaciones,

deformidades, cambios en la apariencia estética, deterioro funcional, etc.) inciden de forma directa en la motivación, ánimo, autoestima, independencia y capacidad relacional de los pacientes. Por tanto, es imprescindible que el personal enfermero de quemados, que es el que mayor y más prolongado contacto tiene con el enfermo, conozca las implicaciones psicológicas de las quemaduras extensas y tenga las capacidades necesarias para manejarlas. En este sentido, las habilidades en el manejo psicológico y humano son tan trascendentales como las necesarias para los cuidados del paciente crítico o las de la realización de curas complejas. Además, estos conocimientos se deben entender en el contexto de pacientes con estancias prolongadas, lo que implica a su vez una dificultad añadida que obliga a la enfermera o enfermero a tener un aguante y una preparación exquisitos en estos aspectos psicológicos.

Pocas patologías generan en los pacientes dolores tan grandes y deformidades tan graves como las quemaduras. Si a esto sumamos que, en muchas ocasiones, en el mismo accidente ha fallecido otro familiar, o el paciente ha perdido el negocio o la casa, etc., no es de extrañar que lo «trágico» envuelva al enfermo durante la estancia en la unidad de quemados. Este ambiente general, junto con la gran carga de trabajo y las muy altas demandas del paciente en todos los sentidos, crean en el personal enfermero un desgaste y estrés mayores que el que puede aparecer en los otros miembros del equipo sanitario. La razón es obvia: el cuidado directo y prolongado en el tiempo origina sentimientos, generalmente de afecto, y la «necesidad» de que el paciente se recupere cuanto antes, circunstancias ambas que, mal gestionadas, causan en el profesional frustración y cansancio. Este contexto, frecuente en el paciente gran quemado, conlleva la necesidad de que el enfermero esté entrenado para afrontar la posible aparición del *burnout* y para evitar sus consecuencias en los cuidados que precisan los enfermos. Debido a la carga de trabajo y al estrés emocional, se pueden producir situaciones en las que el personal enfermero, a nivel psicológico, pierda su capacidad de empatía con el paciente y note que su situación le afecta de una manera más personal y subjetiva. Por ello, se debe hacer hincapié en los recursos de ayuda y cuidados simultáneos hacia el personal enfermero, para que así pueda prevalecer un elevado nivel de coherencia y equilibrio emocional del que los pacientes de nuestra Unidad de Grandes Quemados van a ser los más beneficiados.

Conclusión

En definitiva, el paciente gran quemado es un enfermo que ha sufrido un trauma tanto físico como emocional y requiere de los cuidados de un equipo asistencial multidisciplinar, donde cabe destacar el papel de la enfermería por su contacto directo y los prolongados periodos de tiempo que dedica a estos pacientes. El personal en-

fermero permanece en contacto con el paciente las 24 horas del día y llega a establecer unos vínculos de relación que pueden llegar a ser muy positivos para mantener la estabilidad psicológica del enfermo, siempre que se realicen de forma profesional.

Por lo tanto, es importante hacer hincapié a su vez en los cuidados simultáneos hacia dicho colectivo, ya que de su capacidad y equilibrio psicoemocional se van a nutrir los pacientes, y ello se reflejará en el proceso evolutivo hasta su recuperación.

Las estrategias y recursos de los que dispondrá todo el equipo asistencial irán tomando forma a través de los cuidados hacia dichos pacientes. Un correcto abordaje del *shock* psicoemocional tendrá sus frutos cuando el paciente se reinserte e integre en la nueva vida que lo espera.

El dolor debe ser abordado de forma eficaz, ya que puede llegar a ser muy intenso

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Coelho JAB, Araújo STC. Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(1).
- [2] Damasceno AKC, Pagliuca LMF; Barroso MGT. Aplicação dos conceitos da teoria humanística numa unidade de queimados. *Rev RENE.* 2009 Abr-Jun; 10(2): 78-85. Disponible en: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/491/pdf>
- [3] Carlucci VDS, Rossi LA, Ficher AMFT, Ferreira E, Carvalho, EC. La experiencia de quemadura en la perspectiva del paciente. *Rev. esc. enferm. USP.* 2007 Mar; 41(1): 21-8.
- [4] Goyata SLT; Rossi LA, Dalri MCB. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos quemados no período próximo à alta hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* 2006; 14(1): 102-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100014>.
- [5] Barato NM, Carrasco LM, Díaz MR, Ordúz MF, Peña NM; Rodríguez AL, Gómez B. Emociones que genera la atención al paciente quemado en el personal de enfermería. Santafé de Bogotá; 1992.
- [6] Rossi LA, Barruffini RCP, Barcelos MC; Carvalho E, Campos de Carvalho E. Las representaciones sociales de los familiares de pacientes quemados. *Invest Educa Enferm.* 1999 Mar; 17(1): 63-71. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/lee/article/viewFile/16889/14621>
- [7] Alcántara A, Gómez T, Ruiz MD, Batres JP, Álvarez J, Ceacero C. Material de apoyo en cuidados paliativos domiciliarios. *Rev Paraninfo digital [Internet].* 2008; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p171.php>
- [8] Ferrera JA. La desmotivación en enfermería. *Metas Enferm.* 2010 Abr; 13(3): 14-8.
- [9] Frade MJ, Vinagre R, Zaragoza I, Viñas S, Antúnez E, Álvarez S, Malpartida P. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2009 Oct-Dic; 20(4): 131-40.
- [10] De Pablo Hernández C. El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing.* 2007 Oct; 25(8): 60-5. Disponible en: <http://www.doyma.es/nursing>
- [11] Klein JM. The psychiatric nurse in the burn unit. *Perspect Psychiatr Care.* 2009 Ene; 45(1): 71-4.