

# Sufrimiento moral en el personal de enfermería

## Moral distress in nurses

## Sofrimento moral em enfermeiras

María Dolores Burguete Ramos<sup>1</sup>, Enrique Sáez Álvarez<sup>2</sup>, Carlise Rigon Dalla Nora<sup>3</sup>, Rafaela Schaefer<sup>4</sup>,  
Jorge López-Gómez<sup>5</sup>, Pablo Rico Berbegal<sup>6</sup>, José Ramón Martínez-Riera<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Profesora Universidad Católica de Valencia.

<sup>2</sup>Profesor Universidad Católica de Valencia.

<sup>3</sup>Alumna de Doctorado del Instituto de Ciencias de la Salud de Porto. Universidad Católica Portuguesa.  
Graduada en Enfermería por la Universidad Regional Integrada del Ato Uruguay.

<sup>4</sup>Alumna de Doctorado del Instituto de Ciencias de la Salud de Porto. Universidad Católica Portuguesa.  
Graduada en Enfermería por la Universidad de Vale do Rio dos sinos de Brasil.

<sup>5,6</sup>Graduado de Enfermería Universidad de Alicante.

<sup>7</sup>Profesor Titular Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud  
Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante

*Cómo citar este artículo en edición digital:* Burguete Ramos, M<sup>a</sup> D., Sáez Álvarez, E., Rigon Dalla Nora, C., Schaefer, R., López-Gómez, J., Rico Berbegal, P., & Martínez Riera, J.R. (2017). Sufrimiento moral en el personal de enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 21(48). Recuperado de < <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.23>>

*Correspondencia:* María Dolores Burguete Ramos. Avda. Pérez Galdós, 87, 2<sup>o</sup>, 6<sup>a</sup>. 46008 València

*Correo electrónico:* mdolores.burguete@ucv.es

*Recibido:* 9/12/2016; *Aceptado:* 11/04/2017



### ABSTRACT

The aim of this study is to determine the perception of a group of nurses about the causes of mental suffering in their daily work.

**Method:** This is a study using qualitative methodology, obtaining information through a discussion group. The number of attendees was six and worked in different areas.

**Results:** Moral suffering was grouped into three dimensions related to the personal dimension, in relation to the patient and their environment and ultimately to conflicts with the health team.

**Conclusions:** The conceptualization of moral suffering seems complex, as it is clear from the study a large number of existing factors are involved, in relation to the work environment and the private sphere of individuals. About the latter, factors are related to personality, gender, lack of knowledge and commitment to the profession itself that causes pain when the right conditions to practise are not met.

**Keywords:** Moral suffering, professional ethics, nursing, work environment.

### RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar la percepción de un grupo de enfermeros sobre las causas de sufrimiento moral en su trabajo diario.

**Método:** se trata de un estudio que utiliza la metodología cualitativa, obteniéndose la información a través de un grupo de discusión. El número de asistentes fueron seis y trabajaban en diferentes áreas.

**Resultados:** el sufrimiento moral fue agrupado en tres dimensiones relacionadas con la dimensión personal, en relación con el paciente y su entorno y por último por conflictos con el equipo de salud.

**Conclusiones:** La conceptualización del sufrimiento moral parece complejo y según se desprende del estudio interviene un gran número de factores existentes, en relación al ambiente de trabajo, y en la esfera individual de las personas, estas últimas relacionadas con la personalidad, el género, el déficit de conocimientos y el propio compromiso con la profesión que origina sufrimiento cuando no se dan las condiciones adecuadas para ejercerlo.

**Palabras clave:** Sufrimiento moral, ética profesional, enfermería, ambiente laboral.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é determinar a percepção de um grupo de enfermeiras sobre as causas do sofrimento moral em seu trabalho diário.

**Método:** Este é um estudo com metodologia qualitativa, a obtenção de informações através de um grupo de discussão. O número de participantes foi de seis e trabalhou em diferentes áreas.

**Resultado:** o sofrimento moral foi agrupado em três dimensões relacionadas com a dimensão pessoal, em relação ao paciente e seu meio ambiente e, finalmente, o conflito com a equipe de saúde.

**Conclusões:** A conceituação do sofrimento moral parece complexa e como resulta do estudo envolveu um grande número de fatores existentes em relação ao ambiente de trabalho e esfera individual de indivíduos, esta última relacionada à personalidade, sexo, falta de conhecimento e compromisso com a própria profissão que causa sofrimento, quando não

forem cumpridas, o direito de exercer condições.

**Palavras-chave:** O sofrimento moral, ética profissional, ambiente de trabalho de enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española de la Lengua entendemos como sufrimiento el dolor o padecimiento físico, psíquico o moral que experimenta una persona (RAE, 2001). En el entorno psicosociológico, se ha definido más exactamente como el estado de distrés más o menos permanente experimentado por el sujeto en el seno de una sociedad y cultura concreta, al enfrentar una amenaza percibida como capaz de destruir su propia integridad física o psicosocial, y ante la cual se siente vulnerable e indefenso (Montoya Juárez, Schmidt Río-Valle, y Prados Peña, 2006). Por otra parte, en el ámbito laboral el sufrimiento puede estar relacionado con la inexistencia de definiciones de tareas y funciones, abuso de poder, fomento de la competitividad agresiva entre compañeros, precariedad laboral, estilo de mando autoritario, inexistencia de procedimientos para resolver los conflictos, inexistencia de códigos de conductas aceptables (Dalmolin, Lunardi, Lunardi, Barlem y Silveira, 2014). Y el sufrimiento moral en concreto aparece cuando por las razones anteriormente mencionadas el trabajador no puede desarrollar sus funciones de manera acorde a sus valores morales (Carpenito, 2013).

Las causas pueden ser diversas: falta de personal y recursos, miedo a las consecuencias que le puedan acarrear, mala organización del trabajo, delegación de tareas, malas praxis, malas relaciones entre miembros del grupo interdisciplinar, obstinación terapéutica, sobrecarga de

trabajo, poca consideración de la opinión del enfermero en la toma de decisiones sobre el paciente (Luiz, Lerch, Geri y Silva da Silveira, 2013), en relación con la familia del paciente: falta de reconocimiento, tecnología complicada (Carmo y Trevisan, 2007), errores en la administración, desarrollo de ciertas técnicas como curas o punciones, sentimiento de culpa, impotencia o miedo (Lunardi, Filho, Silveira, Silva, Svaldi, y Bulhosa, 2013). Las consecuencias de esta situación son múltiples, por un lado, “frente al sufrimiento moral los trabajadores de enfermería pueden realizar acciones que se basan principalmente en la inmovilidad y el conformismo, evitando enfrentamientos directos” poniendo de manifiesto la necesidad de revisar de manera crítica la Enfermería como profesión (Barlem, Lunardi, Lunardi, Tomaschewski y Silva da Silveira, 2013) y, por otro, la respuesta de huida, de alejamiento del puesto de trabajo, de distanciarse emocionalmente de los pacientes para aliviar la carga moral. Es frecuente debido al sentimiento de transgresión de los propios valores, como medida de autoprotección. Consecuencia de la evitación es la aparición de conductas que van en contra de su labor asistencial, y por tanto que repercuten en el paciente (Ortega Ruiz y López Ríos, 2003). Una actitud puede considerarse como “una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada” (Fazio, 1989, p. 155). Tal y como señalan Morales, Reboloso y Moyá (1994) dicho objeto actitudinal pueden ser tanto situaciones sociales, como personas, como problemas sociales; haciendo referencia la evaluación tanto al afecto que este objeto despierta, como a las emociones que moviliza, los recuerdos emotivos de experiencias vividas o las creencias acerca de la capacidad del objeto de conseguir metas. Una actitud posee tres componentes: uno sería el componente cognitivo, otro el afectivo y el tercero el componente

conativo-conductual (i.e. Breckler, 1984). Desde esta perspectiva, el sufrimiento moral puede ser considerado tanto un resultado como una actitud en sí misma y, por tanto, y en cualquiera de los dos casos, ser susceptible de cambio, mejora o desarrollo. Sin embargo, es en el área del sufrimiento hacia la muerte como resultado de otras actitudes donde, aunque quizá de manera indirecta, la investigación sea más fructífera. En este sentido, pueden servir de ejemplo los trabajos acerca de las actitudes hacia las personas mayores y su influencia en el tipo de interacción enfermera en los servicios de urgencias (Deasey, Kable y Jeong, 2014), las actitudes de la enfermera hacia el autocuidado en pacientes en diálisis y como dichas actitudes pueden influir en la calidad de la información que se presta a estos pacientes (Davison y Cooke, 2014), o la actitud hacia la revelación de los errores cometidos por enfermeras a sus pacientes (Mc Lenan, Diebold, Rich y Elger, 2014).

El objetivo de este estudio es determinar la percepción de un grupo de enfermeros sobre las causas de sufrimiento moral en su trabajo diario.

### **PARTICIPANTES Y MÉTODO**

Se trata de un estudio que utiliza la metodología cualitativa, obteniéndose la información a través de un grupo de discusión (GDs). El número de asistentes fue de seis. El GD estuvo dirigido por una investigadora experta en la realización de este tipo de técnica cualitativa y conocedora del tema. La directora del GD fue apoyada por tres ayudantes que actuaban de relatoras. El GD se realizó en un local que reunía las características de iluminación y sonoridad pertinentes. Los asistentes recibieron información somera sobre el tema en cuestión antes del encuentro para evitar la pre-elaboración del discurso. Para conducir el GD se utilizó un guion con preguntas abiertas elaborado a partir

de la literatura científica revisada. Al comienzo del GD, los/las participantes cumplieron un formulario en el que se recogía información sobre sus características sociodemográficas y laborales, así como su aprobación de participar en el GD mediante la firma de un consentimiento informado. A continuación, la directora realizó una pequeña introducción en la que agradeció su asistencia a los participantes, explicando el objetivo específico del GD, remarcando la importancia de que cada uno expresase libremente sus opiniones, así como garantizándoles el anonimato en el informe final. El GD fue gravado en audio y video y posteriormente se realizó la transcripción de las grabaciones, procediéndose a la lectura repetida y al análisis del contenido de los datos textuales.

## RESULTADOS

La duración total del GD fue de una hora y treinta minutos. La selección de la muestra fue no probabilística sino de conveniencia, como “bola de nieve”. Características de los participantes: El número total de integrantes fue de seis personas. La edad media fue de 54 (Rango 43-63). El grupo lo componían un 83% de mujeres y un 16% de hombres. La media de tiempo trabajado fue de 26 años (rango 15-34). Tres de los asistentes trabajaban en unidades de hospitalización, una en un hospital de día, otra en puertas de urgencias y una última en la docencia. Del análisis del contenido de la información recogida se ha evidenciado una amplia gama de elementos que les originan sufrimiento moral, que son comunes a todos los puestos de trabajos de los asistentes.

### Compromiso profesional

La seguridad de los pacientes requiere establecer acciones para disminuir los riesgos con los que se encuentra dentro de las instituciones

sanitarias. Los/as participantes manifiestan la necesidad, ya que de otra manera se producirían daños a los pacientes a su cargo, de establecer mecanismos que garanticen e incidan en la prevención de errores, para de esta manera ofrecer un servicio de calidad que, además, repercuta en la necesaria visión profesional con un alto grado de excelencia en el servicio

*“Nos tenemos que poner límites y no solamente por nuestro autocuidado sino porque es que somos profesionales (UCI)”*

### Falta de competencias

Aunque se ha pasado de una situación en la que los profesionales enfermeros trabajaban sin autonomía y con unas responsabilidades carentes de doctrina, ejerciendo unas tareas que se consideraban subordinadas a otra profesión, siguen existiendo en muchos ámbitos de la práctica situaciones en las que el concepto jerárquico no está superado, sobre todo en aquellas que inciden en las actividades delegadas, que desencadenan situaciones que ocasionan problemas a los enfermeros y enfermeras por falta de competencias para ejercer sus funciones, sin menoscabo por supuesto de las competencias, responsabilidad y autonomía propia de los diferentes profesionales que interviene en el proceso

*“Cuando sabes que el médico es un incompetente, sabes que se está equivocando, sabes que cuando venga el siguiente médico de guardia va a cambiar ese criterio, pero tú no puedes hacer nada... porque es una orden médica y no te queda más remedio, aunque lo intentas, que cumplirla, está perjudicando al paciente y tienes que hacerlo, porque está por encima de ti, (Urgencias)”*

### Falta de conocimientos

La necesidad de mantener actualizados los conocimientos, el desconocimiento de la legis-

lación vigente, junto con la variedad de patologías que las enfermeras se encuentran en algunos lugares de trabajo, hacen que se sientan inseguras de manifestar sus dudas en cuanto a determinados tratamientos que consideran inadecuados para las necesidades de algunos pacientes, lo que desemboca en malestar por la falta de asertividad derivada de la ignorancia.

*“Efectivamente y, yo creo que, en parte, tanto el sufrimiento... viene porque no estamos todo lo formados que debiéramos de estar y, por tanto, no estamos seguros a la hora de exigir (Paliativos)”*

*“No tienes toda la preparación como para poder enfrentarte a un señor y decirle, mire usted yo esto no lo pongo, por esto, por esto y por esto (Docente)”*.

### **Conflictos: Equipo de salud**

Los conflictos son inherentes a la convivencia habitual en los lugares de trabajo. Diversas personas con características distintas y saberes profesionales diversos, aunque complementarios, no son el mejor escenario para evitarlos, sin olvidar la desigualdad en las relaciones de poder. Esta necesidad de compartir espacios profesionales, desemboca en situaciones en las que chocan las aspiraciones individuales de los sujetos y desencadenan tirantez entre los actores de la situación.

*“Presenciamos durante el transcurso de nuestra jornada laboral cosas que nos parecen no éticas, incluso inmorales y, a no ser que te metas en un proceso de denuncia o te metas en unos jardines bastante intrincados eh, pues te tienes que callar, y eso te produce, frustración, sufrimiento (UCI)”*

### **Familiares**

La necesaria adaptación de la familia del paciente terminal a la situación no siempre se

desarrolla en condiciones ideales. Independientemente de la necesidad de canalizar el impacto de la situación de la familia del moribundo, se puede añadir la falta de recursos para poder encarar el problema, ya que no siempre se dispone de los medios adecuados o la voluntad de respetar los deseos del paciente.

*“Porque hay veces que te encuentras con familiares que también te hace sufrir porque ni la familia ni la institución está atendiendo al paciente, cada uno está protegiendo a sí mismo (Docente)”*

### **Sistemas de trabajo: Precariedad plantillas**

La precariedad laboral se ha instalado desde hace unos años en las plantillas de enfermería de los centros sanitarios de nuestro país, debido a las políticas impuestas por las diferentes administraciones tanto públicas como privadas. El número de enfermeras por habitante en España es de los últimos de Europa. La ausencia de sustituciones por enfermedad, jubilación o traslado es habitual en nuestro entorno. Esto, produce una sobrecarga de trabajo, que evidentemente repercute en la prestación del servicio y es denunciado por las informantes.

*“Yo, ahora mismo, no tengo ni auxiliar administrativo, ni auxiliar de clínica y me cargo yo los citostáticos (Hematología)”*

### **Devaluación del trabajo enfermero**

La profesión enfermera ha sido ejercida básicamente por mujeres y desde esa perspectiva se ha tejido una ideología en la que se ha intentado resaltar aspectos considerados “naturales en la mujer”. Aunque en la actualidad se supone que hemos superado los roles sexistas, nuestras informantes manifiestan las diversas formas en las que se devalúa la profesión, in-

cluso por las mismas mujeres por la falta de convencimiento de su importancia

*“Siempre ha sido algo típico de mujeres, como un poco de madres, como un poco de cuidadoras, y ya puedes ser la mejor del mundo que enfermería siempre va a ser algo como de cuidadora, como de estar siempre a la sombra del médico...da igual que tengas barba (Urgencias)”*

### **Ausencia de corporativismo**

Las quejas generalizadas por parte de los integrantes del grupo de la falta de corporativismo en la profesión, por su comparación con otros grupos (concretamente el colectivo médico) que, aparentemente, ejercen una defensa a ultranza de los colegas frente a los conflictos ocasionados por supuestas negligencias, ocasionan a menudo conflictos por no ver este hecho reflejado en enfermería

*“Pero jamás van a decir algo malo de otro compañero puede ser lo que sea que jamás van a denunciar a otro compañero ni nada, nosotros no tenemos ese compañerismo (Urgencias)”*.

### **DISCUSIÓN**

La conceptualización del sufrimiento moral parece compleja y según se desprende del estudio y de acuerdo con la bibliografía consultada (Lunardi et al., 2007), intervienen un gran número de factores, como ya apuntábamos en la introducción, en relación al ambiente de trabajo, así como en la esfera individual de las personas, estas últimas relacionadas con la personalidad, el género, el déficit de conocimientos y el propio compromiso con la profesión que origina sufrimiento cuando no se dan las condiciones adecuadas para ejercerlo. En la muestra estudiada las causas no parecen suscribirse a un solo puesto de trabajo, sino que abarcan a todos ellos de una manera más

o menos amplia. La metodología cualitativa puede desempeñar un papel importante en la identificación de las causas de sufrimiento moral e identificación específica de las causas que pueden originarlo. Dentro de la metodología cualitativa, los grupos de discusión constituyen un procedimiento muy apropiado (Manrique y Pineda 2009), cuando el objetivo del estudio es explicar cómo percibe la gente una experiencia, una idea o un hecho (Krueger, 1991), es por ello que en esta investigación se ha utilizado el método de recogida de información de GD.

El sufrimiento moral fue agrupado en tres dimensiones relacionadas con la dimensión personal, en relación con el paciente y su entorno y por último por conflictos con el equipo de salud. El compromiso profesional en una profesión que va vinculada al compromiso al prójimo (Zarate, 2004) como es enfermería, desempeña roles estratégicos en el proceso de crecimiento del individuo y su desarrollo, ayudando a este a enfrentarse con problemas que tengan que ver con su salud, manejando las conductas de los individuos y de los grupos en situaciones potencialmente de estrés, originan situaciones relacionadas con el sufrimiento moral. El compromiso ético es una declaración de principios, en una exigencia con uno mismo. Los valores que guían el comportamiento de un compromiso ético son: equidad, honestidad, diálogo, solidaridad, respeto, pertenencia y responsabilidad (Navas, 2012). No pensamos que todos los enfermeros lo posean pero sí que sin ellos los informantes manifiestan que no serán nunca buenos profesionales. La autonomía profesional es un indicador de profesionalización (Ceballos, 2010), pero el trabajo dentro de unidades multidisciplinarias, como son los hospitales, en ocasiones se hace difícil si no existe una buena comunicación. El

sentido de autonomía está claramente disminuido en situaciones en las cuales el conocimiento de enfermería se ignoraba, o no es valorado (Tapp, Stansfield, y Stewart, 2005). Sin olvidar que existe la obligación como profesional de mantener actualizados sus conocimientos no “ya como mero derecho, sino como obligación” (Jurado, 2009).

El código deontológico de la enfermería nos conmina a proteger la salud de las personas y garantizar la seguridad de los pacientes sin olvidar las distintas funciones, compromisos e independencia de los diferentes agentes que participan en la evolución de la enfermedad. Por otra parte las normas o jerarquías implantadas en una institución junto a las que se siente como falta de conocimiento o competencias causan sufrimiento en el caso de que estas estén en contraposición de los valores de los sujetos que desempeñan su trabajo en ellas ya que, aunque la enfermera reconoce la acción éticamente apropiada, no actúa conforme su conciencia, por miedo o circunstancias que sobrepasan su competencia, pudiendo tener sus valores e identidad de agente moral comprometidos (Dalmolin et al., 2014). Los sistemas de trabajo actuales están configurados por decisiones que se toman en puestos de gestión, no siempre corresponden a soluciones encaminadas a resolver problemas éticos (Udina y Almenara, 2012); la precariedad de plantillas debida al impacto de las políticas de austeridad implantadas en nuestro país en el sector sanitario (Navarro, 2014), junto con la necesidad rentabilizar el gasto repercute en ocasiones no solo en la calidad de la atención prestada sino también, en la vulnerabilidad de los profesionales que tienen que atender a estos pacientes. La sobrecarga de trabajo, se ha estudiado ampliamente en relación con el síndrome de burnout (Ortiz y Manrique, 2014),

pero no tanto en relación con el sufrimiento moral, sin embargo, nuestros informantes no relatan una situación de distanciamiento como ocurre en el síndrome descrito por Maslach en 1996, sino en la necesidad de ocuparse de multitud de tareas que le impiden dedicarse al cuidado integral del paciente y le causan sufrimiento por no poder desarrollar su trabajo como considera debe hacerlo profesionalmente. La devaluación del trabajo enfermero bien como consecuencia de que la noción de cuidado forma parte de nuestra cotidianeidad o por la falta de reconocimiento de las mismas personas que lo ejercen es causa también de sufrimiento. La profesión enfermera feminizada en origen es poco reconocida o silenciada en el sistema sanitario o en la sociedad ya que no se da el debido y merecido reconocimiento a los cuidados (Saavedra, 2013).

Por otra parte el sentimiento de pertenecer a un colectivo en absoluto corporativista, como apunta una de nuestras informantes con pocos intereses en consolidar el reconocimiento profesional, hace que los integrantes que sí que son conscientes de ello comparen dichas actitudes con otros colectivos que piensan que sí los tienen (Urriaga, Ramos, Gracia y López, 2012). La necesaria e imprescindible participación de la familia en el cuidado del paciente puede generar sufrimiento (Guido et al 2009), por la no coincidencia de los valores de los profesionales y los la familia; pero no podemos olvidar que en el contexto actual la familia como grupo social está sometida a modificaciones a partir de los cambios que se han producido y que se producen en la sociedad en la que está inmersa (Pérez y Sebazzo, 2000), por lo que las fricciones entre lo que los profesionales manifiestan como favorecedores de confortabilidad para con el paciente y las necesidades de las familia no siempre son

coincidentes, por lo que la relación interpersonal se asocia a una falta de colaboración, en ocasiones, cuando puede ser una ausencia de recursos tanto materiales como humanos para hacer frente a la situación (Fernández, 2011). Se tendría que analizar las causas de estos desencuentros, para esclarecer cuales pertenecen a una evitación de problemas y cuales a la falta de recursos y apoyos sanitarios que se precisen. Los profesionales han manifestado la importancia que tiene para muchos pacientes morir en casa, pero no siempre la familia puede contar con la ayuda suficiente para atender esta situación, unido a ansiedad y angustia que esta situación genera (Fuertes y Maya, 2001). Los diferentes obstáculos con que se encuentran los profesionales enfermeros en su quehacer diario desencadenan en conflictos que hacen penosa la vida laboral y, por lo tanto, causan sufrimiento (Sepúlveda, 2014).

El cumplimiento de los derechos de los pacientes junto con las normas de la vida laboral de las instituciones sanitarias originan en muchos de ellos, según relatan nuestros informantes, sufrimiento por no ver satisfecha su visión de lo que debe ser el cuidado del paciente y la confrontación con otros miembros del equipo porque en muchos casos les da la sensación que sus saberes son excluyentes y no la necesaria aportación conjunta de sus conocimientos para resolver los problemas de los pacientes garantizando la calidad de la atención prestada.

El estudio, análisis y entendimiento del sufrimiento moral como un constructo con entidad propia no solo debe ser valorado desde la investigación de base sino, más bien, desde el ámbito aplicado, enfocado hacia la prevención, el cambio de actitudes y el bienestar o la eficiencia en el desempeño que podría verse involucrada en el proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barlem, E., Lunardi, V., Lunardi, G., Tomaschewski, J., & Silva da Silveira, R. (2013). Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería: huellas ocultas de poder y resistencia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 21(1), 0108.
- Breckler, S. (1984). Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and social Psychology*, 47 (6), 1191-1205.
- Carmo, M., & Trevisan J. (2007). El trabajo del enfermero en una unidad de terapia intensiva: sentimientos de sufrimiento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (17),1.
- Carpenito, L. J. (2013). *Manual de diagnósticos enfermeros*. España. (ed. 14ª) Wolters Kluwer.
- Dalmolin, G., Lunardi, V., Lunardi, G., Barlem, E., & Silveira, R. (2014). Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(1), 35-42.
- Davison, I., & Cooke, S. (2014). How nurses' attitudes and actions can influence shared care. *J Ren Care*.3. doi: 10.1111/jorc.12105
- Deasey, D., Kable, A., & Jeong, S. (2014). Influence of nurse's knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australas J Ageing*. 33 (4): 229-36.
- Fazio, R. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of accessibility. En S.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald (eds), *Attitude structure and function* (pp. 153-179). Hillsdale, L. Erlbaum.
- Fuertes, M., & Maya, M. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 83-92.
- Guido, L., Linch, G., Andolhe, R., Conegatto, C., & Tonini, C. (2009). Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(6), 1023-1029.
- Jurado, M. (2009). El compromiso de la enfermería con la sociedad. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 7(2), 221-230.



- Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Lanzoni, G. y Meirelles, B. (2011). Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 651-658.
- Lanzoni, G. y Meirelles, B. (2011). Leadership of the nurse: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 651-658.
- Luiz, E., Lerch, V., Lerch, G., Geri, J., & Silva da Silveira, R. (2013). *Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería: huellas ocultas de poder y resistencia*. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100002&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100002&script=sci_arttext&tlng=es)
- Lunardi, I. V., Lunardi, W., Silva, R., Santos, M., Sallette, J., & Salum, M. (2007). Ética en enfermería y su relación con el poder y organización del trabajo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3).
- Lunardi, Filho, W., Silveira, R., Silva, M., Svaldi, J., & Bulhosa, M. (2013). Ética en enfermería y su relación con el poder y organización del trabajo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (1),3.
- Manrique, A., & Pineda, J. (2009). La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa: aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49(3), 5.
- Martínez, M. (2014). Impacto de las políticas de austeridad de sanidad en la calidad asistencial de personas con diversidad funcional que acuden al Sistema Sanitario Público de Mallorca. TFG. Mallorca: Universidad de las Islas Baleares.
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. Consulting Psychologists Press.
- Mc Lenan, S., Diebold, M., Rich, L., & Elger, B. (2014). Nurses' perspectives regarding the disclosure of errors to patients: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. Oct 13. pii: S0020-7489(14)00259-4. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.001.
- Montoya, R., Schmidt, J., & Prados Peña, D. (2006). En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados*,20(2), 117-120.
- Morales, J. (Coord). (1994). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Nava, M. G. (2012). Compromiso ético en enfermería. *Enfermería neurológica*, 11(3), 118-119
- Navarro, V. (2012). El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 174-175.
- Ortega Ruiz, C.,b & López Ríos, F. (2003). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 4, 137-160.
- Ortiz, G., & Manrique, N. (2014). El estrés y su relación con las condiciones de trabajo del personal de enfermería. *Investigación y Educación en enfermería*, 9(2).
- Pérez, C., & Sebazco, A. (2000). Familia perdida: Características de esta crisis familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 93-97.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>
- Saavedra, A. (2013) Relación entre género y salud en los profesionales de Enfermería (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.
- Sepúlveda, J., Morales, J., Morales-Gil, I., Canca, J., Crespillo, E., & Timonet, E. (2014). El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos: un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 24(4), 211-218.
- Tapp, D., Stansfield, K., & Stewart, J. (2005). La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan*, 5(1), 114-127.
- Udina, M., & Almenara, P. (2012). Consideraciones éticas en la gestión enfermera: una revisión actual. *Nursing (Ed. española)*, 30(3), 52-58.
- Urtiaga, C., Ramos, E., Gracia, A., & López, E. (2012). Evaluación económica del producto enfermero: Economic evaluation of nursing product. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (79), 13-19.
- Zarate, R. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de enfermería*, 13(44-45), 42-46.