



“Renaciendo”: Intervención Narrativa para la Mejora de la Satisfacción Personal y Laboral de Personal de Enfermeras

“Reborn”: Narrative Intervention Program to Improve Nurses’ Personal and Work Satisfaction

Angélica Quiroga-Garza¹, & Cynthia Salinas Escamilla

Universidad de Monterrey, México

Recibido 25 de julio de 2021; aceptado 23 de febrero de 2022

Resumen

En la actualidad el sistema de salud se ve afectado por cargas excesivas de trabajo que conllevan el desarrollo de estrés y ansiedad durante la actividad laboral en sus trabajadores. En distintos hospitales de México la prevalencia del estrés laboral va del 22 a 63%, encabezando la lista médicos residentes y enfermeras. Con el objetivo de probar la efectividad del programa “Renaciendo” basado en Terapia Narrativa para la mejora de la satisfacción personal y laboral de enfermeras, se realizó una investigación cuasiexperimental, preprueba-posprueba, teórico-práctica con temporalidad transversal. Se trabajó con grupos intactos, uno de enfermeras profesionales y otro de estudiantes de enfermería realizando su estancia profesional en hospitales. Los resultados confirman la efectividad del programa para la mejora de la eficacia personal y la reducción de síntomas de agotamiento, depresión, ansiedad y estrés. Con puntuaciones más altas en todas las variables, las enfermeras profesionales tuvieron una reducción significativa solamente en estrés y ansiedad, en tanto que las estudiantes de enfermería disminuyeron significativamente el estrés y la depresión y aumentaron su eficacia personal. Programas de intervención sistémico- narrativos son necesarios ya que permiten mejorar la eficacia personal, así como prevenir y disminuir el agotamiento laboral y los estados emocionales displacenteros asociados que afectan personal de enfermería. Las limitaciones de tiempo y alcance son temas prioritarios en el desarrollo de este tipo de intervenciones.

Palabras Clave: Psicología de la salud; Malestar emocional; Enfermeras; Eficacia personal; Enfoque narrativo

¹ Correspondencia referente a este artículo debe dirigirse a Angélica Quiroga-Garza, Universidad de Monterrey, Av. Morones Prieto No. 4500 Pte., Col. Jesús M. Garza, San Pedro Garza García, N. L., México, CP 66238. Tel. +52 (81) 8215-1248. E-mail: angelica.quiroga@udem.edu

Abstract

Currently the health system is affected by excessive workloads, this encourages the development of stress and anxiety during work activity in its workers. In different hospitals in Mexico the prevalence of work stress ranges from 22 to 63%, leading the list of resident doctors and nurses. With the objective to prove the efficacy of the intervention program “Reborn” based on Narrative Therapy for the improvement of personal and job satisfaction of nurses, a quasi-experimental research was conducted, with pre and post-test, theoretical-practical nature with transverse temporality. We worked with intact groups, one group of professional nurses and the other of nursing students completing their professional internship in hospitals. The results confirm the effectiveness of the program for the improvement of personal efficacy and the reduction of symptoms of emotional exhaustion, depression, anxiety and stress. The highest scores initially shown in professional nurses, exposed a significant reduction in stress and anxiety, while nursing students significantly reduced stress and depression and increased personal efficacy. Systemic-narrative intervention programs are necessary since they allow improving personal efficacy as well as preventing and reducing job exhaustion and the associated unpleasant emotional states that affect nursing staff. Time and scope limitations are priority issues in the development of this type of interventions.

Keywords: Health psychology; Emotional distress; Nurses; Personal efficacy; Narrative approach

El estrés ha sido tema de interés por mucho tiempo, ya que sus efectos inciden en la salud física y mental, así como en el rendimiento laboral y académico. Se caracteriza por ser una respuesta subjetiva a lo que está sucediendo, acompañada de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se le somete a fuertes demandas. Se presenta cuando la persona se encuentra en una situación amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar (Naranjo, 2009).

A nivel mundial se ha reconocido el estrés laboral como un problema constante, que se presenta en diferentes oficios, especialmente en trabajos asistenciales como la enfermería. Los principales estresores identificados en el personal de enfermería al laborar en un hospital son el constante contacto al dolor y la muerte, el escaso control, la exigencia de aprender, la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo social dentro del trabajo, en particular de los superiores Carrillo-García et al. (2018). En distintos hospitales de México la prevalencia del estrés laboral va del 22 a 63%, en enfermeras en hospitales del sector público en tiempos recientes alcanza el 33% (Miranda-Lara et al., 2016).

Cuando un cuidador profesional mantiene un contacto prolongado con la persona dependiente, posiblemente llegue a agotarse física y emocionalmente (Kowalcuk et al., 2020), común en el personal de enfermería que trabaja con pacientes graves o en estado terminal ya que son los que requieren elevadas demandas emocionales (Torre et al., 2019). Asimismo, el personal de enfermería suele trabajar turnos extras en ausencia de sus colegas, algunas por su sentido de la misión y de la profesión que les impide dejar pacientes sin atención (Wyderka & Niedzielska, 2016), otras, porque se les exige en sus centros de trabajo (Kowalcuk et al., 2020) lo que a la larga puede derivar en ausentismo por agotamiento (Da Silva & Merino, 2017; Dyrbye et al., 2019).

En estudios en diferentes partes del mundo se ha encontrado la presencia de ansiedad, depresión y burnout: Brasil (Oliveira & Pereira, 2012), Suecia (Lindwall et al., 2014) y Estados Unidos (Bianchi et al., 2013, 2015, 2016). En México Sánchez-Narváez y Velasco-Orozco (2017) estudiaron la interacción entre variables encontrando una comorbilidad que indica que la prevalencia de la ansiedad es mayor (30.9%), seguida del burnout (20.8%) y de la depresión con (10.6%). Cuando la depresión afecta la vida

laboral, condiciona la disminución de la efectividad personal en el trabajo (Rosales et al., 2005; Young et al., 2001), que, en el caso del personal de salud, se considera una condición más severa al asociarse a accidentes profesionales y a que los pacientes sean atendidos con menor eficacia, calidez y calidad de la que se merecen lo que puede repercutir en su proceso de recuperación (Sánchez-Narváez & Velasco-Orozco, 2017; Toral et al., 2009).

A lo largo del tiempo se han realizado intervenciones para la reducción del burnout en personal de enfermería con resultados diversos (Meichenbaum, 2007; Shmotkin, 1991). Las técnicas que se han utilizado incluyen, entre otras, técnicas de relajación e imaginación guiada (Yung et al., 2004), mindfulness (Klein et al., 2020; Suyi et al., 2017), psicoeducación (Kravits et al., 2010) y asertividad (Salazar et al., 2014).

Con el propósito de aportar a la efectividad de intervenciones dirigidas a disminuir síntomas de burnout, ansiedad, depresión y estrés, se desarrolló el programa de intervención de sola única, “Renaciendo”, dirigido a enfermeras estudiantes y profesionales del área metropolitana de la ciudad de Monterrey y basado en técnicas del enfoque narrativas y con una temática metafórica del proceso de transformación del águila real, analogía relacionada con la vida del ser humano, quien al pasar por pruebas difíciles, atravesar el dolor, experimentar emociones negativas, incluyendo ansiedad, estrés, depresión, al final de cada prueba se evidencia la fortaleza, al poner a prueba sus recursos.

El conjunto de técnicas narrativas fue desarrollado por White y Epston (1990), para pacientes con estrés y fue elegido para diseñar una intervención en personal de enfermería con el fin de reducir sintomatología asociada al estrés laboral. Las narrativas objetivizan y permiten tomar distancia de los problemas para entenderlos, darles significado, desarrollar mayor autoconocimiento y disminuir el estrés emocional (Martino & Freda, 2016). Las historias dominantes y saturadas de problemas con las que llegan las personas a consulta, los llevan a centrar su foco de atención en aspectos negativos de su identidad por lo que es importante deconstruirlas (Reyes & Losantos, 2016)

para luego, a través del diálogo, resignificar la historia dominante (Sáenz & Trujano, 2015) al co-construir historias alternativas que favorezcan la disolución de los problemas en un espacio terapéutico de reflexión (Mardones & Albornoz, 2014). Asimismo, en el contexto conversacional para intensificar y exemplificar significados complejos se recurre a la metáfora, herramienta lingüística, que expresa o ilustra un mensaje (Hansen, 2018) que permite externalizar el problema para poder liberarlo de sus efectos opresivos (Montesano, 2012) y analizarlo a distancia (Luján et al., 2016; White & Epston, 1990).

Método

Con el objetivo de probar que la terapia narrativa ayudaría a disminuir los síntomas de burnout (H1), estrés (H2), ansiedad (H3) y depresión (H4), se diseñó y desarrolló el programa de intervención “Renaciendo” dirigido a enfermeras profesionales y estudiantes de la ciudad de Monterrey, México.

La investigación fue realizada con dos grupos intactos de instituciones privadas. El estudio fue teórico-práctico con temporalidad transversal y diseño cuasiexperimental, preprueba-posprueba.

La muestra estuvo conformada por 39 participantes del sexo femenino con una media de edad de 29.65 años (DT = 14.56). La edad media del primer grupo (G1) --enfermeras profesionales empleadas de una empresa de servicios para el cuidado de personas adultas mayores (n = 19, 48.71%)-- fue de 38.47 años (DT = 13.07) mientras que el del segundo grupo (G2) --estudiantes de enfermería de una escuela privada realizando sus prácticas clínicas (n = 20, 51.28%)-- fue 17.85 años (DT = 3.76). La directora de cada institución lanzó una convocatoria a la que respondieron voluntariamente las participantes, con quienes se conformó cada uno de los grupos.

Se informó a las participantes sobre el propósito del estudio y se les entregó un consentimiento informado y un asentimiento para las menores de edad, garantizando el anonimato de sus respuestas. Los cuestionarios se aplicaron antes de iniciar con el programa de intervención a todas las participantes que accedieron a tomar el programa.

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory (MBI), versión española (Seisdedos, 1997) desarrollado originalmente por Maslach y Jackson (1981) y modificada para estudiantes y profesionales de enfermería para la medición de la sintomatología del síndrome de burnout (variable dependiente). En una validación del instrumento con profesionales de la salud, la estructura factorial se mantuvo como en la versión original, así como su consistencia interna, ya que en el factor de agotamiento emocional ($\alpha = 0.879$) fue bueno, en satisfacción personal ($\alpha = 0.692$) aceptable y en despersonalización ($\alpha = 0.594$) poco adecuado (de Souza et al., 2021). En México es ampliamente utilizado en investigaciones con personal de enfermería (Rendón Montoya et al., 2020; Torre et al., 2019). El cuestionario consta de 22 ítems distribuidos en tres escalas: cansancio emocional (CE) que valora el sentimiento de encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo, p.e., “Me siento emocionalmente agotado por las prácticas clínicas”; eficacia personal en el trabajo (EP) describe sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo, p.e., “Tengo facilidad para entender cómo se sienten mis pacientes”; y despersonalización (DP) o respuesta fría e impersonal hacia las personas que se tienen que atender, p.e., “Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales”. La escala es tipo Likert, en un rango de frecuencia de 7 grados que van desde 0 “Nunca”, hasta 6 “Todos los días”. La confiabilidad del instrumento en este estudio fue buena tanto en la preprueba como en la posprueba para la escala total ($\alpha_1 = .794$, $\alpha_2 = .621$) y las subescalas de cansancio emocional ($\alpha_1 = .846$, $\alpha_2 = .858$) y eficacia personal ($\alpha_1 = .766$, $\alpha_2 = .810$), no así para despersonalización ($\alpha_1 = .322$, $\alpha_2 = .394$), que aunque suele ser la subescala menos consistente en estudios con personal de salud (de Souza et al., 2021), en este caso su valor fue es inaceptable, motivo por el cual se descartaron los análisis de esta dimensión.

Las *Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21) fueron creadas para evaluar la presencia

de estos afectos displacenteros y reúnen síntomas referidos a la dificultad para relajarse, tensión nerviosa, irritabilidad y agitación (Lovibond & Lovibond, 1995). El análisis factorial confirmatorio de la versión en español en un estudio intercultural muestra una estructura factorial jerárquica de tres factores de primer orden (depresión, ansiedad y estrés) y un factor de segundo orden (síntomas emocionales), así como buena consistencia interna para la escala total ($\alpha = .92 - .95$) y para las subescalas, depresión ($\alpha = .86 - .92$), ansiedad ($\alpha = .80 - .87$) y estrés ($\alpha = .80 - .86$; Ruiz et al., 2017). Se utiliza con frecuencia para evaluar los efectos del trabajo emocional en la salud y calidad de vida del personal de enfermería (Pérez Vargas, 2019; Sánchez et al., 2019). Consta de 21 ítems, modificados para estudiantes y profesionales de enfermería y distribuidos en tres escalas: Depresión (“No podía sentir ningún pensamiento positivo”), Ansiedad (“Me di cuenta que tenía la boca seca”) y Estrés (“Me costó mucho relajarme”); en una escala tipo Likert, en un rango de frecuencia de 4 grados, de 0 “No me aplicó”, hasta 3 “Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo”. La confiabilidad tanto de la escala total ($\alpha_1=.924$, $\alpha_2=.916$) como de las tres subescalas –estrés ($\alpha_1 = .809$, $\alpha_2 = .775$), ansiedad ($\alpha_1 = .842$, $\alpha_2 = .828$), depresión ($\alpha_1 = .857$, $\alpha_2 = .842$)— fue satisfactoria en ambas observaciones.

Procedimiento

El programa de intervención “Renaciendo” fue diseñado para una sola sesión con duración de tres horas en tres fases. En la primera fase se realiza la preprueba (octubre 2019 en G1; febrero 2020 en G2), se entrega el consentimiento informado y se explica el encuadre terapéutico. En la fase dos se lleva a cabo la intervención con una técnica de imaginación guiada con base en la trama del águila real, metáfora que alude al doloroso proceso que vive para poder salir adelante y renacer para poder vivir otros 30-40 años más de manera plena. Utilizando este lenguaje analógico e hipnótico, se pretende que las enfermeras

redescubran sus recursos personales de manera de poder reducir su posible insatisfacción con su labor y su malestar emocional. Posteriormente, se abordan temas de estrés y emociones displacenteras como la ansiedad, el enojo, la depresión, para concluir con el sentido a la vida. Se van introduciendo preguntas reflexivas en una conversación externalizante que permite ir co-construyendo una historia alternativa al identificar eventos extraordinarios en los que con sus propios recursos salieron adelante, sin restricciones.

Para finalizar, se utiliza el Espacio Vital de la Familia, instrumento desarrollado por Mostwin (1980), con el fin de identificar los tipos de relación existentes entre las participantes en su ambiente familiar, laboral y escolar, en su caso. Consiste en colocarse a uno mismo en forma de punto dentro o fuera del círculo (espacio vital de la familia) y después colocar a las personas que se consideran como familia, amigos, conocidos (en forma de punto) dentro o fuera del círculo y uniendo cada punto con el punto principal (uno mismo), se da la opción de unir los puntos con tres tipos de líneas que representan tres tipos de relación (buena, más o menos y conflictiva) esto con la finalidad de identificar las personas que funcionan como red de apoyo y al mismo tiempo precisar qué personas podrían causar algún tipo de conflicto. La tercera fase, la posprueba, se llevó a cabo un mes después de realizada la intervención (noviembre 2019 en G1; marzo 2020 en G2).

El estudio se llevó a cabo con las consideraciones éticas reguladas por el Comité de Investigación y Ética de la Vicerrectoría de Ciencias de la Salud de la Universidad de Monterrey (Ref. 0205-2019b-CEI) y bajo los permisos otorgados para las instituciones participantes.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa de IBM SPSS v. 22.0. Se llevaron a cabo análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, de confiabilidad de los instrumentos, de correlación y regresión lineal de las variables en estudio y pruebas *t de Student* para muestras relacionadas para evaluar la efectividad del programa.

Resultados

Análisis preliminares

Las correlaciones entre las variables en estudio a partir de sus medias tanto en la preprueba como en la posprueba muestran relaciones positivas estadísticamente significativas entre el nivel de cansancio emocional y los niveles de depresión ($r_1 = .530, p < .001; r_2 = .223, p = .042$), ansiedad ($r_1 = .516, p < .001; r_2 = .263, p = .017$) y estrés ($r_1 = .530, p < .001; r_2 = .336, p = .037$), indicando que, a mayor cansancio emocional, mayores los niveles de estrés, ansiedad y depresión. También se encontró una correlación negativa que indica que baja eficacia personal se asocia a mayores niveles depresión ($r_1 = .390, p = .010; r_2 = .223, p = .017$). Finalmente, el estrés, la ansiedad y la depresión correlacionan positivamente entre sí ($p < .001$) en ambas observaciones, confirmando su comorbilidad.

Un modelo regresión lineal fue estadísticamente significativo solo para el cansancio emocional ($F_3 = 10.094, p < .001$) con una buena efectividad predictiva ($R^2_a = .418$) con la depresión como única variable con carga explicativa ($b = .504, t = 2.882, p = .007$, IC 95% [.330–1.903]), ya que tanto el estrés ($b = .127, t = .658, p = .515$, IC 95% [-.512–1.003]) como la ansiedad ($b = .114, t = .593, p = .557$, IC 95% [-.590–1.077]), no alcanzaron significatividad estadística. En relación a la eficacia personal, el modelo de regresión no fue predictivo ($F_3 = 2.486, p = .077$).

Efectividad del programa

Inicialmente, se realizó un análisis de varianza multivariado unidireccional (MANOVA) entre grupos para investigar las diferencias en las variables en estudio. Cinco variables dependientes fueron utilizadas: cansancio emocional, eficacia personal, estrés, ansiedad y depresión pre y posintervención. La variable independiente fue el grupo (G_1 y G_2). Se realizaron pruebas para verificar la normalidad, linearidad, valores atí-

picos univariados y multivariados, homogeneidad de las matrices de varianza-covarianza y multicolinealidad, sin observarse violaciones serias. La prueba de Box sobre la igualdad de las matrices de covarianza mostró diferencias por lo que análisis discriminante es aplicable ($p < .001$).

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre G_1 y G_2 en las variables dependientes combinadas con una magnitud del efecto media [$F(10, 39) = 3.523, p = .004; l = 443; h_p^2 = .557$], con una excelente potencia discriminante .963 (calculada con $a = .05$). En la Tabla 1 se observa que en la preprueba entre grupos había diferencias estadísticamente significativas solamente en ansiedad y depresión, en tanto que en la posprueba las diferencias significativas se observan en todas las variables excepto en cansancio emocional.

Al comparar los resultados previos y posteriores a la intervención en el grupo de profesionales de enfermería (Tabla 2), se encontró que tras la intervención los niveles previos de estrés y ansiedad de las participantes disminuyeron significativamente con un tamaño del efecto mediano. El incremento en cansancio emocional y la disminución en eficacia personal y depresión no fueron estadísticamente significativos.

Por otro lado, al comparar los resultados previos y posteriores a la intervención en el grupo de estudiantes de enfermería (Tabla 3), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el incremento de eficacia personal, así como en la disminución de estrés y depresión con tamaño del efecto grande para estrés y mediano para eficacia personal y depresión. La disminución en cansancio emocional y en ansiedad no fue estadísticamente significativa.

Tabla 1
Análisis de varianza multivariado unidireccional entre grupos (MANOVA)

Variables	Observación	Media	DT	F	p	η_p^2	Potencia (a = .05)
Cansancio	Pre	13.11	10.00	.972	.331	.026	.160
	Pos	17.65	12.27	.083	.775	.002	.059
Eficacia	Pre	9.25	8.06	.023	.880	.001	.053
	Pos	9.20	8.95	4.210	.047	.102	.515
Estrés	Pre	8.33	5.81	2.731	.107	.069	.363
	Pos	4.89	4.44	5.205	.028	.123	.603
Ansiedad	Pre	6.25	5.26	4.656	.038	.112	.929
	Pos	2.39	5.37	10.413	.003	.220	.568
Depresión	Pre	5.46	5.06	12.379	.001	.251	.556
	Pos	3.58	4.78	4.793	.035	.115	.881

Tabla 2
Prueba t de Student para muestras relacionadas en enfermeras profesionales

Variables	Medias (DT)		IC* Diferencia		t	p	d
	Pre	Post	Inferior	Superior			
Cansancio Emocional	14.11 (10.00)	16.21 (12.32)	-7.88	3.67	-0.766	0.453	-0.187
Eficacia Personal	38.95 (7.60)	35.89 (11.61)	-7.33	1.23	1.499	0.151	0.312
Depresión	2.89 (3.33)	1.95 (2.30)	-0.80	2.62	1.189	0.250	0.328
Ansiedad	4.47 (4.78)	1.58 (1.95)	0.78	5.01	2.871	0.010	0.792
Estrés	6.79 (5.96)	3.32 (4.38)	0.88	6.07	2.810	0.012	0.663

Nota: IC = Intervalo de Confianza 95%

Tabla 3
 Prueba *t* de Student para muestras relacionadas en estudiantes de enfermería

Variables	Medias (DT)		IC* Diferencia		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Pre	Post	Inferior	Superior			
Cansancio Emocional	17.65 (12.27)	15.10 (11.71)	-0.95	6.05	1.523	0.144	0.213
Eficacia	38.55 (8.67)	41.55 (4.05)	0.05	5.95	-2.130	0.046	-0.443
Estrés	9.80 (5.42)	6.40 (4.06)	0.53	6.27	2.479	0.023	0.883
Ansiedad	7.95 (5.26)	6.55 (6.44)	-1.64	4.44	0.963	0.348	0.238
Depresión	7.90 (5.28)	5.15 (5.97)	0.41	5.09	2.458	0.024	0.488

Nota: IC = Intervalo de Confianza

Comprobación de hipótesis

Se rechaza parcialmente la H_1 ya que, después de descartar despersonalización por su baja confiabilidad, en la muestra total el cansancio emocional no mostró diferencias significativas ($p = .775$) en tanto que el incremento de eficacia personal sí ($p = .047$, $h_p^2 = .102$), si bien el tamaño del efecto es pequeño, su potencia observada es media (.568). El análisis intersujetos no muestra diferencias significativas en G_1 , pero sí un incremento en la eficacia personal de G_2 ($p = .030$).

La disminución del estrés tanto en la muestra total ($p = .028$, $h_p^2 = .123$), como los dos grupos [G_1 ($p = 0.007$), G_2 ($p = 0.034$)], prueban la H_2 . También descendió la ansiedad en la muestra total ($p = .003$, $h_p^2 = .220$) y en G_1 ($p = .005$) no así en G_2 ($p = .269$), por lo que H_3 se acepta parcialmente. Finalmente, H_4 tiene aceptación parcial ya que la disminución de la depresión se observa en la muestra total ($p = .035$, $h_p^2 = .115$) y en G_2 ($p = .030$), no así en G_1 ($p = .231$).

Análisis del Gráfico Espacio Vital

El Espacio Vital de la Familia, instrumento aplicado al final de la fase 2 de intervención para que las participantes identificaran sus redes sociales, permitió asociar los resultados cuantitativos con las relaciones con otros que las participantes incluyeron en sus gráficos; p.e., P22 del grupo de enfermeras profesionales de 22 años mostró amplias redes de apoyo, con buenas relaciones con su familia nuclear, amigos y con una compañera de trabajo (Figura 1). Un mes

después de la intervención, en la posprueba se observaron cambios importantes en comparación con su grupo, considerando las medias inicial y final y la diferencia de medias.

El cansancio emocional --agotamiento en respuesta al estrés en el trabajo, dimensión del *burnout*-- ($M_1 = 26$, $M_2 = 3$; $M_{1G1} = 14.11$, $DT = 10.00$, $M_{2G1} = 16.21$, $DT = 12.32$; $mM_{1G1}-M_{2G1} = -2.11$) se redujo considerablemente. Su diferencia de medias de 23 puntos es muy superior a la grupal. También disminuyeron sus afectos displacenteros: depresión ($M_1 = 5$, $M_2 = 0$; $M_{1G1} = 2.89$, $DT = 3.33$, $M_{2G1} = 1.95$, $DT = 2.30$; $mM_{1G1}-M_{2G1} = .95$), ansiedad ($M_1 = 12$, $M_2 = 0$; $M_{1G1} = 4.47$, $DT = 4.78$, $M_{2G1} = 1.58$, $DT = 1.95$; $mM_{1G1}-M_{2G1} = 2.89$) y estrés ($M_1 = 3$, $M_2 = 0$; $M_{1G1} = 6.79$, $DT = 5.96$, $M_{2G1} = 3.32$, $DT = 4.38$, $mM_{1G1}-M_{2G1} = 3.47$), en comparación con el incremento de las tres variables en su grupo de referencia. Por último, ella incrementó su puntaje en eficacia personal ($M_1 = 43$, $M_2 = 47$; $M_{1G1} = 38.95$, $DT = 7.60$, $M_{2G1} = 35.89$, $DT = 11.61$, $mM_{1G1}-M_{2G1} = -3.05$) a diferencia del resto de sus compañeras que lo disminuyeron.

Por el contrario, P7 de 50 años y del grupo de enfermeras profesionales, en su gráfico reporta múltiples relaciones, algunas de ellas distantes y otras conflictivas, en particular en el área laboral (Figura 2). Sus resultados después del programa de intervención indican que su cansancio emocional se incrementó ($M_1 = 27$, $M_2 = 54$; $M_{1G1} = 14.11$, $DT = 10.00$, $M_{2G1} = 16.21$, $DT = 12.32$; $mM_{1G1}-M_{2G1} = -2.11$) y su sintomatología depresiva ($M_1 = 1$, $M_2 = 8$; $M_{1G1} = 2.89$, $DT = 3.33$, $M_{2G1} = 1.95$, $DT = 2.30$; $mM_{1G1}-M_{2G1} = .95$) de manera similar a lo que ocurrió con sus compañeras.

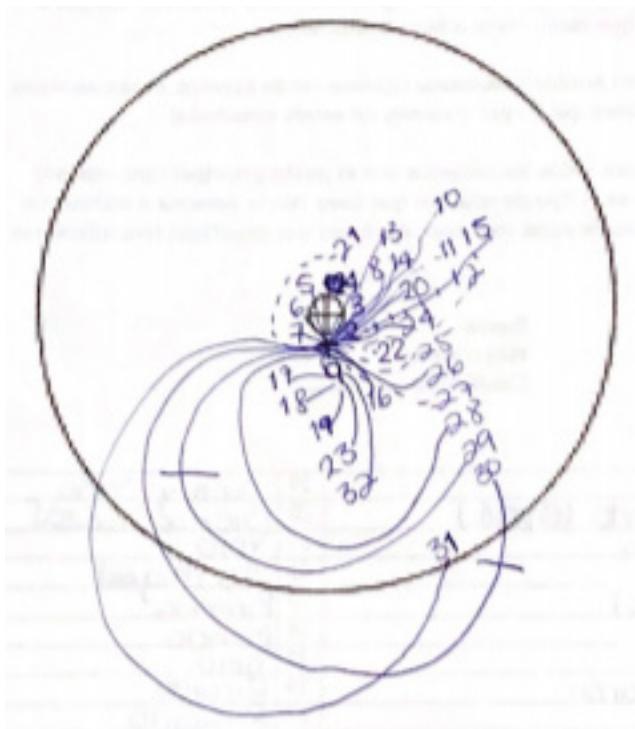


Figura 1. Espacio vital de la familia, P22, Grupo 1

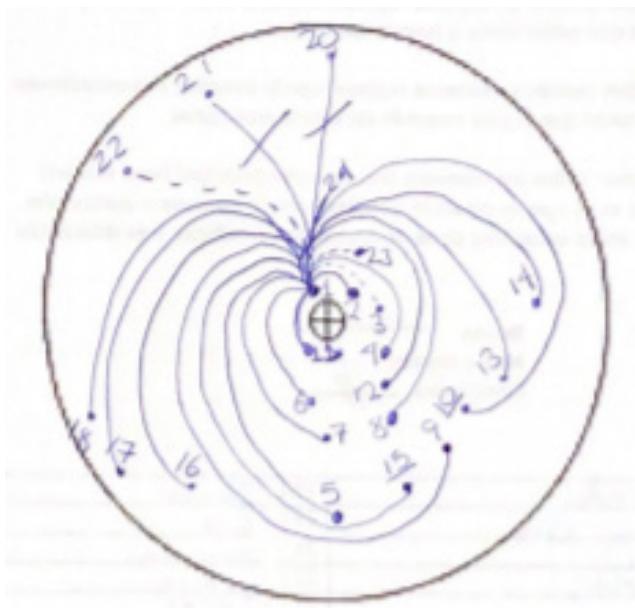


Figura 2. Espacio vital de la familia, P7, Grupo 1

En cuanto al estrés, sus compañeras disminuyeron sus síntomas en tanto que ella los incrementó ($M_1 = 14$, $M_2 = 18$; $M_{1G1} = 6.79$, $DT = 5.96$, $M_{2G1} = 3.32$, DT

= 4.38, mM_{1G1}-M_{2G1} = 3.47). Tanto la ansiedad ($M_1 = 10$, $M_2 = 10$; $M_{1G1} = 4.47$, $DT = 4.78$, $M_{2G1} = 1.58$, $DT = 1.95$; mM_{1G1}-M_{2G1} = 2.89) como la eficacia personal ($M_1 = 45$, $M_2 = 45$; $M_{1G1} = 38.95$, $DT = 7.60$, $M_{2G1} = 35.89$, $DT = 11.61$, mM_{1G1}-M_{2G1} = -3.05), se mantuvieron solo que su puntaje en ansiedad estaba muy por encima de la diferencia de media grupal y, a diferencia de sus compañeras desde un inicio su sentido de competencia, su capacidad y su motivación para el trabajo eran altas. Estos resultados podrían explicarse en parte debido a que las relaciones distantes y conflictivas con compañeras de trabajo podrían asociarse con sus altos niveles de malestar emocional y con el agotamiento emocional derivado de la carga de trabajo y que suele manifestarse como irritabilidad y actitudes negativas hacia el trabajo y las personas. Del mismo modo, es probable que por edad y experiencia, su sentido de autoeficacia y competencia profesional fueran mayores.

Discusión

El síndrome de burnout afecta a las personas cuyas profesiones requieren contacto directo con otros como es el caso del personal de salud, enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores (García-Moran & Gil-Lacruz, 2016). Se caracteriza por un estado de agotamiento total de la energía individual, asociado con frustración intensa con las actividades de trabajo (de Souza et al., 2021; Rivas et al., 2018; Smart et al., 2014), afectando la motivación y el compromiso (Chen & Chen, 2018) al intentar conservar su energía sin esforzarse por un máximo rendimiento (López-Cabarcos et al., 2019).

Con el fin de reducir los síntomas del burnout en enfermeras en formación y profesionales, se desarrolló el programa de intervención “Renaciendo” con base en técnicas del enfoque narrativo en formato de sesión única, utilización de metáforas y conversaciones externalizantes que animaron a las participantes a ver situaciones negativas desde una perspectiva distinta (Luján et al., 2016) y resignificar su historia adversa (Reyes & Losantos, 2016; Sáenz & Trujano, 2015). Para dar continuidad al programa se utilizaron cuestionamientos reflexivos (Guthrie, 2020) y

lenguaje analógico e hipnótico (Battino, 2021; Vázquez-Ortiz et al., 2012).

En relación a las dimensiones del burnout, el cansancio emocional mostró una disminución después de la intervención, aunque no estadísticamente significativa (Luo et al., 2019; Saavedra et al., 2020; Sabanciogullari & Dogan, 2015). Con respecto a la eficacia personal, hubo un incremento solo en las estudiantes de enfermería similar a lo encontrado por Mackenzie et al. (2006). En un estudio se encontró que el burnout es menos por cada década de mayor edad, con un aumento a los 20–24 años en la práctica (Olson et al., 2019). Los 20 años de diferencia en promedio entre los dos grupos podría explicar el no cambio en las enfermeras profesionales. Adicionalmente, si se considera que la posprueba fue un mes después, otro estudio reporta que hay mayor porcentaje de burnout en enfermeras que atienden a pacientes graves (Gnerre et al., 2017). Para las enfermeras de personas adultas mayores que requieren cuidados a largo plazo, a medida que llega octubre anticipando el invierno las exigencias son más apremiantes (Fick, 2021) y para las jóvenes estudiantes de enfermería con la declaración de la pandemia de Covid-19 en marzo, conllevó incertidumbre y desafíos emocionales (Nelson et al., 2021; Ness et al., 2021).

Aunque se redujeron los síntomas asociados al burnout, el alcance fue parcial. Después de la intervención, en el grupo de enfermeras profesionales disminuyeron el estrés y la ansiedad, sin embargo, la depresión, aunque disminuyó, no se redujo de manera significativa. Estudios ya han demostrado que entre más tiempo se tiene laborando de manera profesional, se es más propenso a vivir con síntomas de depresión (de Vargas & Vieira, 2011; Olson et al., 2019), lo que podría aplicar al grupo de enfermeras profesionales debido al tiempo que llevan ejerciendo, diferente al grupo de estudiantes de enfermería que redujo el estrés y la depresión posiblemente porque al tener menos tiempo en el ámbito laboral, tienen menor susceptibilidad y es posible lograr impactarlos positivamente (Albaladejo et al., 2004). De igual manera, la disminución no significativa de la ansiedad en las estudiantes podría estar asociada a que la tensión adicional de las demandas académicas suele

producir sintomatología ansiosa (Novoa-Sandoval et al., 2017; Uribe & Illesca, 2017; Vega et al., 2017) o a la llegada del Covid-19 a México y la consecuente incertidumbre y el elevado riesgo de enfermar física y emocionalmente (Quiroz et al., 2021a, 2021b).

Debido a que el programa fue creado con base en técnicas narrativas, las participantes lograron externalizar los síntomas asociados al malestar emocional personal y el asociado con el trabajo por medio de la metáfora del águila real (Campillo, 2013; Carreón, 2014; Urrego et al., 2016). Esto permitió validar su experiencia subjetiva (Beyebach, 2014), identificar eventos únicos para el redescubrimiento recursos personales para salir adelante (White & Epston, 1990) y resignificar su historia adversa (Reyes & Losantos, 2016; Sáenz & Trujano, 2015); no obstante, la marcada diferencia de edad entre grupos podría haber influido en los resultados (Olson et al., 2019; Rivas et al., 2018).

Un aporte notable de este estudio, fue la importancia de rehabilitar las redes de apoyo al graficarlas en el Espacio Vital de la Familia. Se observaron mejores resultados en los dos grupos en todas las personas que reconstruyeron la conexión positiva con las personas significativas a su alrededor; es decir, que se percataron de contar con buenas redes de apoyo. Caso contrario, el de las participantes con reducidas redes de apoyo o que, incluso, develaban dinámicas relacionales y patrones interactivos distantes y conflictivos. De igual forma, hay que prestar especial atención al hallazgo de la comorbilidad entre el cansancio emocional y los estados afectivos --estrés, ansiedad y depresión--, con la depresión como única predictora.

Estos hallazgos posibilitan centrar la atención al diseñar programas de intervención para la disminución del burnout y los estados afectivos comórbidos, en fortalecer la capacidad de autoregulación emocional, en particular de la depresión, así como brindar herramientas para la construcción de redes de apoyo que les brinden soporte para reducir el desgaste físico y emocional común en la profesión de enfermería.

Una limitación importante fue la baja confiabilidad de la subescala de Despersonalización del MBI (preprueba: $\alpha = .322$; posprueba: $\alpha = .394$) lo que,

aunque similar a lo reportado por Hernández et al. (2011; $\alpha = .32$), Meda et al. (2008; $\alpha = .53$), dejó fuera de los análisis los puntajes de esta subescala que refieren a la interacción con las personas a las que atienden. Es posible que los resultados de “Espacio vital de la familia” que evidencian relaciones distantes y conflictivas con sus compañeros de trabajo puedan estar asociadas a las dificultades para reconocer la naturaleza del fenómeno que pudieran estar experienciando (Sierra-Siegert, 2008).

Aunque el tamaño de la muestra podría considerarse una limitante, dos acciones se condujeron para controlar y disminuir esta situación. Un análisis de sensibilidad estadística, recomendado para estudios de efectividad no aleatorios en intervenciones en salud mental (Cramer et al., 2015) y para controlar el sesgo de confusión acaso presente en la magnitud de asociación entre la intervención, el emparejamiento de las muestras y la complejidad de las variables de burnout y emociones displacenteras (Quispe et al., 2020), mostró que con el tamaño muestral de 39, dos grupos a comparar y un nivel alfa de .05, se puede detectar un tamaño del efecto $dz = .59$ con una potencia de .95. Asimismo, el posible sesgo derivado de los autoinformes como única fuente de información el análisis, considerando que algunos de los ítems de los instrumentos valoran el trato hacia el paciente (de Campos & Marin, 2017) que podría haberse interpretado como un juicio a su profesionalismo, se contrarrestó con el análisis de la interpretación clínica del gráfico de las redes sociales de los participantes (Mostwin, 1980) para una comprensión más rica de las dinámicas relacionales y patrones interactivos (Gennari et al., 2015, 2018), es decir, la dimensión social subyacente a su comportamiento que evidencia la necesidad de espacio seguros.

Consideraciones Finales

A pesar de las limitaciones, este estudio proporciona nuevos conocimientos sobre cómo las enfermeras se benefician de programas de intervención que buscan moderar la afectación del binomio burnout-emociones displacenteras en su salud mental y el relevante

papel de la dimensión social a considerar en su comprensión.

En conclusión, para asegurar la efectividad de intervenciones psicológicas para la mejora de la salud mental, tendrían que conducirse en diferentes contextos durante un período de tiempo más largo y además realizar estudios de seguimiento tanto para observar signos que suelen aparecer a largo plazo así como la estabilidad de los cambios inicialmente alcanzados. Por lo tanto, las limitaciones de tiempo y alcance son temas prioritarios en el desarrollo de este tipo de intervenciones.

Por último, las intervenciones utilizando estrategias sistémico-narrativas permiten mejorar la eficacia personal y prevenir y disminuir el agotamiento y los estados afectivos asociados que afectan al personal de enfermería tanto en profesionales como en formación para asegurar su bienestar personal y satisfacción en el trabajo, favoreciendo ambientes de trabajo seguros que garanticen la prestación de servicios de atención de alta calidad a los pacientes.

Referencias

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505–516.
- Battino, R. (2021). *Using guided imagery and hypnosis in brief therapy and palliative care*. Routledge.
- Beyebach, M. (2014). La terapia familiar breve centrada en soluciones. In A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449–480). Desclée de Brouwer.
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 782–787. <https://doi.org/10.1177/1359105313481079>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Is it time to consider the burnout syndrome a distinct illness? *Frontiers in Public Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158>
- Bianchi, R., Verkuilen, J., Brisson, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2016). Burnout and depression: Label-related stigma, help-seeking, and syndrome overlap. *Psychiatry Research*, 245, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.025>

- Campillo, M. (2013). El uso de la metáfora y la terapia de juego en la conversación externalizante con el modelo de narrativa. *Universidad Veracruzana*, 1(1), 1-27.
- Carreón, J. I. (2014). Las metáforas como guías lúdicas para la exploración y la emergencia de nuevas narrativas en el espacio terapéutico: Ideas intempestivas nietzscheanas para pensar la práctica clínica sistémica. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 9(29). <https://www.revistalimite.cl/index.php/limite/article/view/10>
- Carrillo-García, C., Ríos-Ríosquez, M. I., Escudero-Fernández, L., & Martínez-Roche, E. M. (2018). Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enfermería Global*, 50, 304-314. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>
- Chen, S. C., & Chen, C. F. (2018). Antecedents and consequences of nurses' burnout: Leadership effectiveness and emotional intelligence as moderators. *Management Decision*, 56(4), 777-792. <https://doi.org/10.1108/MD-10-2016-0694>
- Cramer, A., von Wyl, A., Koemeda, M., Schulthess, P., & Tschuschke, V. (2015). Sensitivity analysis in multiple imputation in effectiveness studies of psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 1042. [https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01042/BIBTEX](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01042)
- Da Silva, F. F., & Merino, E. A. D. (2017). Proposta de gestão do absenteísmo da enfermagem hospitalar: Uma revisão sistemática. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 30(5), 546-553. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700079>
- de Campos, M. I., & Marin, F. I. (2017). Sesgo de deseabilidad social en medidas de valores organizacionales. *Universitas Psychologica*, 16(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.sdsm>
- de Souza, S. S., Fornés-Vives, J., Una-Rojas, S. G., Pereira-Junior, G. A., Juruena, M. F., & Cardoso, L. (2021). Análisis factorial confirmatorio del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey en profesionales de la salud de los servicios de emergencia. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 29, e3386. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3320.3386>
- de Vargas, D., & Vieira, A. P. (2011). Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de unidades de terapia intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noreste del estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19, 1-19. www.eerp.usp.br/rlae
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Satele, D., & West, C. P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, 18(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0382-7>
- Fick, D. M. (2021). How will we spend our days and hours to improve the care of older adults? [Editorial]. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(10), 3-5. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.03.017>
- García-Moran, M. C., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 19, 11-30. <https://doi.org/10.26439/persona2016.019.968>
- Gennari, M., Tamanza, G., & Accordini, M. (2015). Family Life Space (FLS): Emerging couple and family relations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 94-102. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.609>
- Gennari, M., Tamanza, G., & Molgora, S. (2018). Intimate partner violence and child custody evaluation: A model for preliminary clinical intervention. *Frontiers in Psychology*, 9(AUG), 1471. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01471>
- Gnerre, P., Rivetti, C., Rossi, A. P., Tesei, L., Montemurro, D., & Nardi, R. (2017). Work stress and burnout among physicians and nurses in Internal and Emergency Departments. *Italian Journal of Medicine*, 11(2), 151-158. <https://doi.org/10.4081/ITJM.2017.740>
- Guthrie, L. (2020). *PSDP-Resources and Tools: Using a systemic lens in supervision 2 Knowledge Briefing: Using a systemic lens in supervision*. The Eelmanst Centre. www.practice-supervisors.rip.org.uk
- Hansen, P. K. (2018). Illness and heroics: On counter-narrative and counter-metaphor in the discourse on cancer. *Frontiers of Narrative Studies*, 4(s1), s213-s228. <https://doi.org/10.1515/fns-2018-0039>
- Hernández, C. I., Llorens, S., & Rodríguez-Sánchez, A. (2011). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fórum de Recerca*, 16, 837-846. <http://hdl.handle.net/10234/77348>
- Klein, A., Taieb, O., Xavier, S., Baubet, T., & Reyre, A. (2020). The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. *Explore*, 16(1), 35-43. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2019.09.002>
- Kowalcuk, K., Krajewska-Kułak, E., & Sobolewski, M. (2020). Working excessively and burnout among nurses in the context of sick leaves. *Frontiers in Psychology*, 11, 285. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00285>
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23(3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.002>
- Lindwall, M., Gerber, M., Jónsdóttir, I. H., Börjesson, M., & Ahlborg, G. (2014). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: A longitudinal study of swedish

- healthcare workers. *Health Psychology*, 33(11), 1309–1318. <https://doi.org/10.1037/a0034402>
- López-Cabarcos, M. Á., López-Carballeira, A., & Ferro-Soto, C. (2019). The role of emotional exhaustion among public healthcare professionals. *Journal of Health Organization and Management*, 33(6), 649–655. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2019-0091>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luján, K., Montoya, L., Ocampo, N., Orozco, L., & Pineda, P. (2016). La metáfora en terapia familiar: autores de referencia, uso y aportes a la práctica terapéutica. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 49(1), 146–163.
- Luo, Y. hui, Li, H., Plummer, V., Cross, W. M., Lam, L., Guo, Y. fang, Yin, Y. zhen, & Zhang, J. ping. (2019). An evaluation of a positive psychological intervention to reduce burnout among nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(6), 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.08.004>
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Mardones, R., & Albornoz, A. (2014). Una reflexión sobre la terapia narrativa en contexto de formación y aplicación. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP*, 12(1), 100–119.
- Martino, M. L., & Freda, M. F. (2016). Meaning-making process related to temporality during breast cancer traumatic experience: the clinical use of narrative to promote a new continuity of life. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 622–634. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1150>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Meda, R. M., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. E., & Ortiz, G. R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(1), 107–116. <https://doi.org/10.25009/PYS.V18I1.681>
- Meichenbaum, D. (2007). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. In *Principles and practice of stress management* (3rd ed., pp. 136–142). Guilford Press.
- Miranda-Lara, V. R., Monzalvo-Herrera, G., Hernández-Caballero, B., & Ocampo-Torres, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 49(1), 115–122.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 5–50. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.638>
- Mostwin, D. (1980). *Life space approach to the study and treatment of a family*. The Catholic University of America Press.
- Naranjo, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171–190. <https://doi.org/10.15517/revedu.v33i2.511>
- Nelson, H., Hubbard Murdoch, N., & Norman, K. (2021). The role of uncertainty in the experiences of nurses during the Covid-19 pandemic: A phenomenological study. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 53(2), 124–133. <https://doi.org/10.1177/0844562121992202>
- Ness, M. M., Saylor, J., Di Fusco, L. A., & Evans, K. (2021). Healthcare providers' challenges during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A qualitative approach. *Nursing and Health Sciences*, 23(2), 389–397. <https://doi.org/10.1111/nhs.12820>
- Novoa-Sandoval, P., Burgos-Muñoz, R. M., Zentner-Guevara, J. A., Toro-Huamanchumo, C. J., Novoa-Sandoval, P., Burgos-Muñoz, R. M., Zentner-Guevara, J. A., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2017). Burnout en estudiantes de enfermería de una universidad peruana. *Investigación En Educación Médica*, 7(26), 111–113. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.05.001>
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 43–54. <https://doi.org/10.12707/RIII1175>
- Olson, K., Sinsky, C., Rinne, S. T., Long, T., Vender, R., Mukherjee, S., Bennick, M., & Linzer, M. (2019). Cross-sectional survey of workplace stressors associated with physician burnout measured by the Mini-Z and the Maslach Burnout Inventory. *Stress and Health*, 35(2), 157–175. <https://doi.org/10.1002/SMI.2849>
- Pérez Vargas, C. D. (2019). *Evaluación de la calidad de vida laboral en personal de enfermería del Hospital General de México*. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2206>
- Quiroz, L. E., Abarca, Y. M., Angulo, C. A., & Espinoza, T. M. (2021a). Resiliencia en enfermeras durante la pandemia COVID-19. *Dilemas Contemporáneos*:

- Educación, Política y Valores*, 8(SPE4). <https://doi.org/10.46377/DILEMAS.V8I.2818>
- Quiroz, L. E., Abarca, Y. M., Angulo, C. A., & Espinoza, T. M. (2021b). Posttraumatic growth and positive determinants in nursing students after COVID-19 alarm status: A descriptive cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1876–1887. <https://doi.org/10.1111/PPC.12761>
- Quispe, A. M., Alvarez-Valdivia, M. G., & Loli-Guevara, S. (2020). Metodologías Cuantitativas 2: Sesgo de confusión y cómo controlar un confusor [Contribución Especial]. *Revista Del Cuerpo Médico HNAAA*, 13(2), 205–212. <https://doi.org/10.35434/rmhnaaa.2020.132.675>
- Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández, R. I., Vargas, M. R., Favela Ocaño, M. A., Rendón Montoya, M. S., Peralta Peña, S. L., Hernández Villa, E. A., Hernández, R. I., Vargas, M. R., & Favela Ocaño, M. A. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59), 479–506. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.398221>
- Reyes, S. V., & Losantos, M. (2016). Terapia narrativa aplicada a una persona con crisis de identidad femenina. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP*, 14(2), 227–246.
- Rivas, E., Barraza-Macías, A., Rivas, E., & Barraza-Macías, A. (2018). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. *Enfermería Universitaria*, 15(2), 136–146. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.2.65171>
- Rosales, J. E., Gallardo, R., & Conde, J. M. (2005). Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(1), 25–36.
- Ruiz, F. J., García, M. B., Suárez, J. C., & Odriozola, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scale -21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97–105.
- Saavedra, J., Murvartian, L., & Vallecillo, N. (2020). Health and burnout of home health care assistants: Impact of a training intervention. *Anales de Psicología*, 36(1), 30–38. <https://doi.org/10.6018/analesps.348441>
- Sabanciogullari, S., & Dogan, S. (2015). Effects of the professional identity development programme on the professional identity, job satisfaction and burnout levels of nurses: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 847–857. <https://doi.org/10.1111/IJN.12330>
- Sáenz, A. P., & Trujano, P. (2015). Resignificación narrativa en la terapia grupal posmoderna. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 20(1), 75–82.
- Salazar, I., Roldán, G., Garrido, L., & Ramos-Navas, J. (2014). Assertiveness and its relationship to emotional problems and burnout in healthcare worker. *Behavioral Psychology*, 22(3), 523–549.
- Sánchez-Narváez, F., & Velasco-Orozco, J. J. (2017). Comorbilidad entre síndrome de burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de educación básica del estado de México. *Papeles de Población*, 23(94), 261–286. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.94.038>
- Sánchez, P. M. L., Martínez, A. S., & Zamora, M. M. (2019). Trabajo emocional y sus efectos en la salud del personal de enfermería del Hospital General de México, 2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1), 122–154.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. TEA.
- Shmotkin, D. (1991). The role of time orientation in life satisfaction across the life span. *Journal of Gerontology*, 46, 243–250. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.5.p243>
- Sierra-Siegert, M. (2008). La despersonalización: aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 40–55.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing and Health Sciences*, 16(1), 3–10. <https://doi.org/10.1111/nhs.12068>
- Suyi, Y., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *Explore*, 13(5), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2017.06.001>
- Toral, V., Aguilar, M., & Juárez, P. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine*, 59(1), 8–13.
- Torre, M., Santos Popper, M. C., & Bergesio, A. (2019). Burnout prevalence in intensive care nurses in Argentina. *Enfermería Intensiva*, 30(3), 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.005>
- Uribe, M. Á., & Illesca, M. (2017). Burnout en estudiantes de enfermería de una universidad privada. *Investigación En Educación Médica*, 6(24), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.005>
- Urrego, D., Jaramillo, A. D., Rodríguez, J. C., & Cardona, J. P. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Fundación Universitaria*

- Luis Amigó, 3(1). <https://doi.org/10.21501/23823410.1895>
- Vázquez-Ortiz, J., Vázquez-Ramos, M. J., Álvarez-Serrano, M., Reyes-Alcaide, M., Martínez-Domingo, R., Nadal-Delgado, M., & Cruzado, J. A. (2012). Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. *Psicooncología*, 9(1), 161–182. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39145
- Vega, P., González, R., Bustos, J., Rojo, L., López, M., Rosas, A., & Hasbún, G. (2017). Relación entre apoyo en duelo y el síndrome de Burnout en profesionales y técnicos de la salud infantil. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(5), 614–621.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- Wyderka, M., & Niedzielska, T. (2016). Ergonomia w pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Polskie*, 60(2), 165–169. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2016.5>
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 55–61. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.1.55>
- Yung, P. M. B., Man, Y. F., Chan, T. M. F., & Lau, B. W. K. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: A controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 255–261. <https://doi.org/10.1111/j.1445-8330.2004.00342.x>