



La enfermera novel en la Relación de Cuidado.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE HEMORRAGIA

Aintzane ORKAIZAGIRRE GÓMARA,^{1,2} Isabel HUÉRCANOS ESPARZA^{1,3,4}

Resumen Abstract

En el presente trabajo se expone un caso en el que una enfermera novel establece una interacción con una paciente ingresada debido a un dolor abdominal agudo. Tras la asistencia a las necesidades físicas, la enfermera decide indagar en las dimensiones emocional y social para detectar aspectos que requieren atención y aplicar conocimientos teóricos para el abordaje de una Relación de Cuidado eficiente, entendiendo ésta como un proceso de atención enfermero verdaderamente integral que contribuye a la construcción de una relación de confianza que transmite seguridad y fomenta el bienestar.

Palabras clave: Investigación en Enfermería. Investigación cualitativa. Estudio de casos. Atención de Enfermería. Relación de Cuidado. Enfermería Holística. Relación enfermera-paciente. Educación en Enfermería.

THE NOVICE NURSE IN THE RELATIONSHIP BASED CARE. A CASE REPORT OF HAEMORRHAGE

This paper presents a case in which a novice nurse establishes interaction with a patient admitted in a hospital due to acute abdominal pain. Having care for the physical needs nurse decides to investigate the emotional and social dimensions identifies issues that need to be addressed and implements theoretical knowledge for the approach of an efficient Relationship Based Care. This is a process of truly holistic nursing care that contributes to build a relationship of trust that conveys security and promotes well-being.

Key-words: Nursing Research. Qualitative Research . Case Studies. Nursing Care. Relationship Based Care. Holistic Nursing. Nurse-Patient Relations. Nursing Education.

¹Grupo de Investigación Aurora Mas, Aragón, Zaragoza, España. ²Departamento II de Enfermería, E.U. de Enfermería, Universidad del País Vasco. Donostia-San Sebastián, España. ³Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España. ⁴Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego, Zaragoza, España

CORRESPONDENCIA: Aintzane Orkaizagirre Gómara. Paseo Doctor Begiristain 105, 20014 Donostia-San Sebastián, País Vasco, España
aintzane.orkaizagirre@ehu.es

Manuscrito recibido el 23.07.2014
Manuscrito aceptado el 18.09.2014

Index Enferm (Gran) 2014; 23(4):224-228

ESTUDIO DE CASO

Introducción

En el presente trabajo se analiza un caso sucedido en una unidad de Medicina Interna de un hospital en la que se valora la interacción desarrollada entre una enfermera novel y una paciente, con el propósito de explorar los aciertos y limitaciones experimentados por la enfermera en el desenvolvimiento de la Relación de Cuidado (RdC), concretamente ahondaremos en la atención de las dimensiones psicoemocionales y sociales a partir de la asistencia inicial a un signo físico, la hemorragia.

La revisión de esta situación particular, única y compleja, se ha realizado siguiendo el modelo del Estudio de Caso.¹ Siendo precisamente el análisis de las situaciones y su reflexión los elementos más contundentes del mismo. El análisis es crítico respecto a la práctica de la enfermera, para detectar puntos débiles y fuertes. A través de estos factores también se plantean acciones de cuidado pertinentes de acuerdo a las problemáticas detectadas. De esta manera, se lleva a cabo una articulación entre la teoría y la práctica para integrar el conocimiento teórico y llevarlo a la acción.

Igualmente nos proponemos reflexionar acerca de las potencialidades que el Estudio de Caso tiene para la construcción de conocimiento y la orientación de la práctica de estudiantes y enfermeras. El trabajo se presenta en diferentes apartados, mostrando en primer lugar diversas teorías relacionadas con los cuidados holísticos y la comunicación interpersonal, así como la definición de la RdC y ciertas consideraciones relacionadas con las enfermeras noveles que sustentan el marco conceptual. A continuación se describe el caso que posteriormente es analizado e interpretado.

Cuidar es un proceso interpersonal y terapéutico² en el cual la forma de dirigirse y comunicarse del cuidador hacia la persona que recibe los cuidados es un factor intermediario importante.³ Desde la Escuela de la Interacción se entiende el cuidado como un proceso interactivo en el que la enfermera atiende a la persona con necesidad de ayuda utilizando su propia personalidad de manera terapéutica.⁴ Para realizar una interacción exitosa la enfermera debe dominar las técnicas de comunicación y de relación,⁵ aplicar la

teoría en la práctica y autoevaluar sus actuaciones paralelamente con el fin de modificar o mantener los patrones de comunicación empleados.

Como enfermeras echábamos en falta la existencia de un término que nos ayudase a definir el proceso de atención enfermero de una forma en la que se hiciera especial hincapié en una visión integral de la persona, que incluyese no solo el cuidado de aspectos físicos, sino también emocionales, comunicativos y espirituales y que se sustentase en la individualización de dichos cuidados y en la construcción de una relación enfermera-paciente basada en la confianza, la seguridad y el fomento de la autonomía del ser cuidado. Este tipo de relación está siendo investigada por el grupo de Investigación en Enfermería Aurora Mas a través de sus principales líneas de trabajo (Cuidados Invisibles, Historia profesional y pensamiento enfermero, Calidad de Vida y autocuidado) que nos han permitido establecer las bases de la relación enfermera-paciente y definirla como RdC.⁶ Dentro de esta relación, la enfermera atiende a la persona valorando todas sus dimensiones y considerando las emociones, estilos de vida y enfermedades como factores multidireccionales, ya que interactúan entre ellos afectando al bienestar. Resulta necesario ir más allá del enfoque reduccionista que aísla los sistemas corporales y aceptar la relación e influencia entre el comportamiento, los factores psicosociales y el sistema nervioso, endocrino e inmunológico y la aparición de la enfermedad.⁷

Desde el paradigma de la transformación se considera que “cada persona es un ser único [...] en interacción recíproca y simultánea con [...] el mundo que le rodea” y que “evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades”.⁴ Esta visión amplia de la persona concuerda con unos cuidados enfermeros holísticos que consideren su integridad y unicidad. Las enfermeras holísticas promueven el empoderamiento, la paz, la comodidad y la sensación subjetiva de armonía y bienestar mediante la presencia incondicional y la intención con las que crean ambientes sanadores.⁸

Los cuidados holísticos deben desarrollarse dentro de una relación enfermera-paciente afín como es la RdC, inte-

grando en la práctica diversas herramientas y conocimientos relacionados con la comunicación y la relación. Una de las teorías enfermeras que nos ayudan a sustentar esta forma de concebir el cuidado es la de las Relaciones Interpersonales de Peplau, quien defiende la relación terapéutica enfermera-paciente como el centro de la Enfermería y la considera como una oportunidad de crecimiento, aprendizaje y promoción de salud para los involucrados.² Además, inspiradas por la Teoría del Devenir Humano de Parse,⁹ nos interesaremos también por el significado que la persona da a su salud y los factores influyentes.⁴ Estas teorías, clasificadas dentro de los paradigmas de la integración y la transformación respectivamente,⁴ además de enriquecer nuestra visión de la persona, la salud, el entorno y la Enfermería, van a guiar el caso a estudiar¹² y las recomendaciones a la práctica enfermera dentro de la RdC.

En el caso de las enfermeras noveles, por falta de experiencia y conocimiento de los cuidados a realizar en un entorno concreto, siguen las normas o protocolos de actuación al atender al paciente porque les proporciona seguridad, pero esto dificulta que sean capaces de reconocer las necesidades más relevantes, establecer prioridades y prestar una atención integral y satisfactoria.¹¹ El aprendizaje y manejo de una adecuada relación con el paciente requiere un proceso previo de estudio y observación a las enfermeras más experimentadas además de la autovaloración continua de su práctica. En este sentido, el Estudio de Caso ha demostrado ser un método beneficioso por el hecho de articular teoría y práctica.¹²

Descripción del caso

La interacción tiene lugar entre una enfermera novel y una paciente, a la que llamaremos María. La enfermera se encuentra en el servicio de Medicina Interna del hospital reforzando la plantilla del turno de esa mañana, con lo que la información que conoce sobre María se limita a la proporcionada por la enfermera del turno anterior.

María es una mujer de 77 años que vive en su ciudad natal junto con dos mujeres de edad similar en una comunidad de pisos adaptados para personas mayores, aunque es autónoma para las

ESTUDIO DE CASO

actividades de la vida diaria. Tiene dos hijos, un varón que está casado y también vive en la misma ciudad y una hija menor que desde hace años reside en París. No tiene nietos.

Acudió al Servicio de Urgencias el día anterior a tener lugar la interacción que vamos a analizar, por un dolor abdominal agudo y quedó ingresada para su estudio. La enfermera desconocía la información que María había recibido hasta el momento sobre su proceso, pero sí sabía que había estado acompañada por su hijo y nuera con los que se encontraba en el momento en el que la conoció. Se le había realizado un enema opaco y una prueba ginecológica que le había causado una hemorragia vaginal. Tras las pruebas la paciente se encontraba nerviosa, asustada e incómoda. La enfermera comprobó que la hemorragia se había detenido y le indicó que volvería para valorarla posteriormente y confirmar que se encontraba bien, también le recalzó que ante cualquier molestia no dudara en avisarla para administrar analgesia si fuese necesario.

A pesar de no haber sido requerida por María, la enfermera volvió una segunda vez. Aunque la hemorragia se había detenido María seguía inquieta, por lo que la enfermera le recalzó que iba a estar pendiente de ella durante la mañana para que se sintiese más segura. Entonces el hijo reprendió a su madre porque consideraba que no atendía a sus indicaciones, tras lo cual hijo y nuera abandonaron la habitación. María manifestó a la enfermera su sensación de falta de cariño y soledad y ésta trató de comprenderla y hacerle sentir acompañada.

Someramente esta es la descripción del caso. A continuación profundizaremos en el objeto de estudio combinando la descripción detallada con la mirada crítica.

En la primera interacción la enfermera muestra su interés valorando el estado físico y mostrándose disponible, pero no indica ni a María ni a sus familiares su nombre, función y horario, lo cual es recomendable para generar confianza y seguridad desde el primer contacto.

La segunda interacción sucede al mediodía. María estaba sentada y continuaba acompañada por sus familiares, que mantenían una conversación al margen. La enfermera se acercó y se agachó

frente a ella para que los ojos de ambas estuviesen a la misma altura.¹³ La enfermera cuida conscientemente su postura para demostrar una actitud abierta, a través de la expresión facial, con una sonrisa serena, muestra interés y cordialidad y con el contacto visual demuestra atención.^{13,14} La enfermera cogió la mano de María intentando transmitir de manera profunda¹³ que comprendía que la realización de las pruebas había resultado una experiencia desagradable.

No obstante, la enfermera comenzó a hablar con María sobre su estado encontrándose presentes sus familiares, lo que puede crear interrupciones, como de hecho sucedió. En un primer momento la enfermera realizó preguntas abiertas con el fin de facilitar que María se expresase,² quien explicó no sentir dolor pero sí angustia por lo desagradables que le resultaron las pruebas y por la hemorragia; aunque reconoció sentirse más tranquila, le daba miedo ir al baño y comenzar a sangrar de nuevo, finalizó indicando que no se sentía bien. Esto último es una de las maneras de expresar el dilema que suponen los sentimientos y la falta de comprensión que pueden estar intensificados por la enfermedad y el ingreso hospitalario.²

En un momento dado, su hijo perdió los nervios porque según dijo ya le había indicado en numerosas ocasiones que no debía ir sola al baño sino acompañada por una enfermera por si comenzaba la hemorragia, gritó a María y desapareció junto con su esposa de la habitación.

Habiéndose quedado solas, la enfermera se sentó en el borde de la cama, mostrando una postura abierta a la escucha, encontrándose a la misma altura y mirando de frente a María. Durante la interacción la enfermera cuida su comunicación no verbal y su actitud con el objetivo de establecer un vínculo positivo con ella y realizando también un feedback continuo a todo aquello que María fue expresando con el propósito de hacerle sentir escuchada y comprendida.¹³

Se observó un cambio en la expresión facial de María, parecía más aliviada sin sus familiares presentes. Rescatando la indicación anteriormente realizada por ésta, la enfermera le preguntó “¿Qué es lo que le falta para sentirse bien?”. Formuló una pregunta abierta para permitirle

guiar su respuesta desde el ámbito físico, psíquico, social o espiritual, sin sentirse dirigida en su respuesta. A lo que contestó con una media sonrisa “Cariño”, a la vez que cogía la mano con la que la enfermera tocaba la suya y la apretaba, dejando entrever que se trataba de un mensaje importante. La enfermera utilizando una clarificación preguntó “¿Cariño es lo que le falta?”. De esta forma, permite a la paciente analizar los sentimientos a los que hacía referencia y que los expresara tal como los sentía.² María respondió poniendo como ejemplo a la compañera de habitación que bajo su punto de vista estaba mejor tratada por sus familiares.

La paciente hizo referencia a la falta de cariño que sentía, por lo que entendemos que se trata de su prioridad, pero podría suceder que ni siquiera ella conociese el significado de una forma explícita tal como explica Parse.⁹ Para comprender y explorar su percepción se le podría haber ayudado mediante preguntas abiertas como “¿Qué es el cariño para usted? ¿Qué tipo de cariño considera que le falta?”, respetando el tiempo que necesitara para entender el significado y expresarlo.⁹ Por otra parte, la enfermera desconocía las circunstancias familiares de María, no sabía si esa falta de cariño también era sentida por ellos. Este aspecto debería haberse ahondado para comprender y detectar interferencias en la comunicación entre los sujetos y poder plantear intervenciones dirigidas a mejorar las relaciones familiares.¹⁵ De hecho, dar y recibir afecto es una relación recíproca compleja donde no siempre se siente gratitud ni se está satisfecho,¹⁶ en este sentido se podría orientar a la paciente a reflexionar sobre el cariño que considera que ofrece y la forma en que manifiesta el recibido.

María confesó que nunca se había llevado bien con su nuera. La enfermera le preguntó por el foco conflictivo con preguntas abiertas: “¿A qué se debe esta situación? ¿Qué supone para usted?”, tratando de conocer su percepción.¹³ María aseguraba haberse acostumbrado a las circunstancias y reconoció sentirse actualmente más cómoda con la presencia de su hijo. Se detuvo y cambió de tema, comenzó a hablar de su situación en la residencia en la que vive con otras dos ancianas, lo cual parecía agradecerle

ESTUDIO DE CASO

por la forma en que se expresaba. La enfermera entonces le preguntó por un momento agradable para ella. María sonrió y comenzó a hablar de su hija, se le observaba feliz mientras lo hacía; mientras tanto, la enfermera estaba pendiente de reflejar expresiones faciales en consonancia con los mensajes transmitidos y recibidos, a la vez que asentía con la cabeza como indicador de interés propio de la escucha activa.¹⁷

La enfermera siendo consciente de que la falta de cariño era prioritaria para María y que ésta había cambiado de tema, probablemente por resultarle complicado de abordar, decidió retomarlo preguntándole “¿De quién recibes cariño?” a lo que ella respondió: “de mis hijos”. A continuación, le preguntó si había pensado la forma de compensar esa falta de cariño. Contestó que sí, consideraba que la solución era marcharse a vivir con su hija a París pero no le agradaba irse de su ciudad a un país con un idioma desconocido. La enfermera se apresuró al preguntarle si no había pensado en acudir a grupos de gente de su edad como las asociaciones de jubilados; hubiera sido más correcto preguntar si había pensado en alguna otra forma de sentirse querida, para no dirigir la respuesta de la paciente.² María respondió afirmativamente, pero explicó sentirse un ser solitario que no disfruta en esos centros pero sí lo hace paseando, sentándose al sol y a la sombra, leyendo, etc., y volvió a sonreír. Entonces, la enfermera podría haber aprovechado para preguntarle si conocía la existencia de grupos de lectura o informarle de otro tipo de actividades que se realizan en su zona por las que podría estar interesada, incluso si tenía alguna afición que todavía no se hubiera animado a realizar. Conforme María expresaba las actividades con las que disfrutaba, la enfermera apreció que verdaderamente lo hacía y así se lo hizo saber. En ese momento María le volvió a apretar fuerte la mano y le dio las gracias, confesándole que esa conversación le había ayudado mucho, le había consolado y que por un momento había llegado a pensar que estaba hablando con su hija por lo tranquila que se sentía. La enfermera manifestó que se alegraba de que fuese así. Antes de marcharse María le pidió un abrazo y dos besos y le dijo que le haría ilusión volver a verle.

Discusión

A partir del microanálisis de la interacción entre María y su enfermera, podemos destacar que esta última, partiendo del control rutinario de signos y síntomas derivados de las pruebas diagnósticas realizadas, ha sabido indagar con acierto en otras necesidades de carácter emocional y social presentes, y tras valorar que físicamente no había complicaciones decidió priorizar en otros aspectos que estaban interfiriendo en su salud. Así, la principal categoría extraída se centra en las intervenciones comunicativas (verbales y no verbales) que la enfermera ha llevado a cabo para el cuidado psicoemocional de María. La enfermera se ha servido de sus experiencias previas y conocimientos sobre relación de ayuda, técnicas de comunicación terapéutica, fisiología y educación para la salud con el propósito de lograr una RdC adecuada a las necesidades expresadas por la paciente.

Durante toda la conversación la enfermera ha cuidado su comunicación, adoptando una actitud cálida y creando una atmósfera de intimidad que ha facilitado que María se expresase con confianza y conocer cómo se siente y hacérselo saber. Basándonos en Parse, la paciente se muestra como una persona que “vive un ritmo paradójico” de soledad-cariño, ya que se define como una persona solitaria a la que le falta cariño.⁹ María mantiene un “patrón de relación” en el que coexisten “libertades y restricciones”, ya que permaneciendo en su ciudad con su hijo continúa con sus costumbres y actividades de ocio, pero evitando el traslado a una ciudad extranjera con un idioma desconocido limita el contacto con su hija que para ella es tan importante.⁹ No obstante, ha desarrollado su propia pauta para mantenerse conectada y separada de su familia, y además nos revela sus “prioridades de valores”, ya que reconoce recibir más cariño de la persona que se encuentra más alejada físicamente y sentirse más distanciada de quien tiene más cerca.⁹ Al finalizar la interacción, María indica haberse sentido y expresado con tanta tranquilidad que le parecía estar hablando con su hija; esta comparación hace que la enfermera se identifique con el *rol de sustituto* de Peplau según el cual el paciente puede sentirse más cómodo

para expresar sus sentimientos más profundos porque tiene la sensación de que existe una relación estrecha con la enfermera.²

En este caso, María manifiesta una carencia de cariño y de sentimiento de pertenencia a su grupo familiar, siendo la soledad uno de los sentimientos más generalizados en la vejez;¹⁸ Maslow nos explica en su Teoría de la Motivación Humana que cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad están satisfechas, la persona busca cubrir la necesidad de amor, afecto y sentido de pertenencia.¹⁹ Además, cuando las relaciones sociales son limitadas o son percibidas como negativas, el resto de dimensiones se ven afectadas.²⁰ La interacción analizada parece indicar que María quiere una relación más estrecha con su familia y siente intensamente la distancia que la separa de su hija, lo que está interfiriendo en su persona.

Respecto a los cuidados, ante una verbalización de falta de afecto se debe preguntar a la persona si ha pensado de qué forma podría solucionarlo. En este caso la enfermera lo hace y la paciente se muestra clara expresando que ya había pensado en la solución pero no estaba dispuesta a llevarla a cabo. Un elemento que se podría haber explorado en aquel momento o posteriormente es si existen otras soluciones que no se habían planteado y ayudarle a que ella misma reflexione sobre ello.

Ante este tipo de situación, consideramos oportuno preguntar con qué cosas cotidianas disfruta y se siente feliz puesto que la enfermera puede ayudar a descubrir situaciones nuevas o ver las existentes de otra manera. En este caso, María conoce sus aficiones y con qué actividades disfruta, por ello la propuesta de la enfermera podría ir más dirigida a facilitar información sobre aquellas de las que no tenga conocimiento pero que se ajustan a sus preferencias y gustos. En cualquier caso, María hace mención a la relación significativa que mantiene con su hija y lo agradable que le resulta pasear por la naturaleza y la lectura, lo cual puede estar permitiéndole crecer espiritualmente, sentir esperanza, percibir que tiene un proyecto de vida y no sentirse aislada en su día a día.²⁰

La enfermera ha aplicado y manejado adecuadamente distintas herramientas

ESTUDIO DE CASO

para favorecer la comunicación de María. Siguiendo la medición de Carkhuff sobre el respeto en los procesos interpersonales, consideramos que la enfermera lo ha realizado de manera eficaz ya que ha mostrado “el más profundo respeto hacia la dignidad” de la paciente “como persona y por los recursos constructivos presentes en ella, promoviendo así el proceso de autorrealización en el máximo grado posible”.²¹ Teniendo en cuenta los criterios que este autor propone para medir la empatía, consideramos que en la primera interacción la enfermera alcanza un nivel intermedio de eficacia al mostrar su voluntad por ayudar y reflejar las emociones expresadas por la paciente pero sin reaccionar ante las más profundas. En la segunda conversación resulta más eficaz, ya que comprende los sentimientos que María expresa, se lo demuestra y le comunica aquellas emociones que ha manifestado de manera confusa o sin precisión.²¹

A pesar de que la enfermera haya cometido ciertos errores durante las interacciones, gracias al feedback que la paciente proporciona al final del encuentro, opinamos que la enfermera ha establecido una RdC que ha resultado terapéutica.² Ha mantenido una presencia real con la paciente⁹ y ha creado una situación de seguridad, confianza, accesibilidad y respeto tal, que ha permitido a la paciente plantear sus dificultades, pensamientos y experiencias y de la que se ha beneficiado tranquilizándose, expresándose, sintiéndose escuchada, consolada y atendida.

Conclusiones

En este caso nos hemos centrado en analizar cómo ha sido el trabajo a nivel psicoemocional teniendo en cuenta las necesidades expresadas e intuitas y hemos podido detectar áreas a nivel social de la paciente (el cariño que ella ofrece, cómo lo recibe, relaciones familiares, etc.) que quedan por explorar con mayor profundidad. Así como los aspectos físicos y espirituales en los que no se ha

ahondado en esta interacción. Queremos recordar que una auténtica RdC es un proceso que aborda las cuatro dimensiones mencionadas.

Utilizando técnicas de comunicación verbal y no verbal y trabajando desde el principio la confianza y seguridad, la paciente ha hecho referencia a su situación social y emocional. La enfermera ha tratado de demostrar que comprende su situación y sentimientos y ha procurado ayudarla a buscar soluciones por ella misma. El acompañamiento realizado ha paliado el sentimiento de soledad y falta de afecto manifestados por la paciente. Es una muestra del impacto que los cuidados enfermeros tienen en los clientes, que no son medidos ni mencionados como una influencia de los sistemas sanitarios, pero este “poder invisible de la Enfermería”²² debe darse a conocer.

La RdC consta de un cuerpo de conocimientos teóricos que deben ser experimentados en la práctica. Su desarrollo óptimo pasa inevitablemente por un proceso de aprendizaje constante en el que la reflexión sobre y en la acción cobra un papel protagonista.¹ La metodología del Estudio de caso resulta útil tanto para aquellas enfermeras que estén interesadas en mejorar su práctica a través del pensamiento crítico y reflexivo como para docentes que quieran incorporar a su labor este método como herramienta para el Aprendizaje Basado en Problemas.

Bibliografía

1. Orkaizagirre Gómara, Aintzane; Amezcua, Manuel; Huércanos Esparza, Isabel, Arroyo Rodríguez, Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index Enferm* 2014; 23(4): 244-249.
2. Peplau, Hildegard E. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat, 1990.
3. Díaz Cortés, MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal* 2011; 2(1): 55-56.
4. Kérouac, Suzanne; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquette, André; Major, Francine. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.
5. Dossey, Barbara M; Keegan, Lynn. *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. Burlington: American Holistic Nurses Association, 2013 (6ª ed.)
6. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La Relación de Cuidado. *Rev Paraninfo Digital* 2013; 7(18). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/v004.php> [acceso: 29/12/2014].
7. Daruna, Jorge H. *Introduction to psychoneuro-immunology*. Amsterdam: Elsevier, 2012 (2ª ed.)
8. Mariano, Carla. *Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice*. En: Dossey, Barbara M.; Keegan, Lynn, compiladores. *Holistic Nursing. A Handbook for Practice*. Burlington: American Holistic Nurses Association, 2013 (6ª ed.): 64.
9. Mitchell, Gail J; Bournes Debra A. Rosemarie Rizzo Parse. *Desarrollo Humano*. En: Raile Allgood, Martha.; Marriner Tomey, Ann, compiladores. *Modelos y teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier Mosby, 2011 (7ª ed.): 506-509.
10. Fawcett, Jacqueline. *Analysis and evaluation of Conceptual Models of Nursing*. Philadelphia: Davis Company, 1995 (3ª ed.)
11. Benner, Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice-Hall, 2001 (Ed. Conmemorativa).
12. Huércanos Esparza, Isabel. Experiencia clínica, parte I. Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica. *Cult Cuid* 2011; 15(29): 16-24.
13. Cibanal, Luis; Arce Sánchez, Mª Carmen; Carballal Balsa, Mª Consuelo. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en las ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier, 2014 (3ª ed.)
14. Davis, Flora. *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza, 2010 (3ª ed.)
15. Arranz, Pilar; Coca, Cristina; Bayés, Ramón; Del Rincón, Carola; Hernández-Navarro, Fernando. Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Psicooncología* 2003; 0(1):93-105. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/P/SIC0303110093A/16415> [acceso 3/10/2014].
16. Lazarus, Richard S. *Estrés y emoción*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2000.
17. Barbadó Alonso, JA; Aizpiri Díaz, JJ; Cañones Garzón, PJ; Fernández Camacho, A; Gonçalves Estella, F; Rodríguez Sendín, JJ et al. El encuentro terapéutico. *Habilidades en Salud Mental* 2005; Abril: 172-178. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_72/pdf/172_178.pdf [acceso: 9/11/2014]
18. Del Barrio, Elena; Castejón, Penélope; Sancho, Mayte; Tortosa, Mª Ángeles; Sundström, Gerdt; Malmberg, Bo. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(4): 189-195.
19. Maslow, Abraham H. *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos, 1991.
20. Tazón Ansola, Pilar. *Perspectiva holística de la persona*. En: Tazón Ansola, Pilar; Aseguinolaza Chopitea, Lide; García Campayo, Javier, directores. *Ciencias Psicosociales*. Barcelona: Masson, 2004.
21. Giordani, Bruno. *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwers, 1997.
22. Manthey, M. *The invisible Power of Nursing*. *Creative Nurs* 2008; 14(1): 3-5.