

Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería

Óscar Alberto Beltrán Salazar^a

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes, la Enfermería fue asociada con la responsabilidad de velar por la salud de los demás; “un enfermero siempre asiste a otros”, como afirma Travelbee¹. El proceso de velar por la salud supone “una serie de acciones, operaciones y realizaciones que se producen entre el individuo que practica la Enfermería y la persona asistida”²; además, involucra actos comunicativos verbales y no verbales y contactos físicos.

En Colombia la ley 911 de 2004 señala que “la Enfermería se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de Enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social”³. Llama la atención que se especifique que dicha interacción debe ser humanizada, cuando en principio debe serlo, porque se desarrolla entre seres humanos en el marco de la razón de ser de la Enfermería, que es una relación de ayuda; insistir en que debe ser humanizada supone que la interacción debe basarse en principios y proposiciones éticas centradas en las necesidades de las personas.

Hasta el momento, se han dado avances importantes en el conocimiento de la Enfermería, apoyados en el progreso de la Medicina, de las Ciencias Sociales y de la sociedad en general. Los actuales métodos de valoración y diagnóstico de la enfermedad son más eficaces, las técnicas de intervención y tratamiento producen mejores resultados, hasta el punto que incluso se ha llegado al reemplazo de órganos y partes del cuerpo, a la prolongación de la vida y al incremento de la esperanza de vida. La contribución de estos progresos a la ciencia de la Enfermería se ha hecho notar; los enfermeros, como parte del equipo de salud, han participado activamente en

RESUMEN

Las relaciones interpersonales que tienen lugar en la práctica del cuidado de Enfermería están sujetas a una serie de condicionantes cuyo conocimiento puede influir para que el encuentro entre enfermeros y pacientes produzca los beneficios esperados, tales como enfrentar eficazmente la enfermedad, promover la recuperación o morir dignamente. El tipo de interacción que se debe establecer, el papel que desempeñan los enfermeros en ellas, los momentos por los cuales atraviesa la interacción y algunas condiciones en las cuales se pueden encontrar los pacientes en el momento en que ocurra son, entre otros, algunos de estos condicionantes que han sido identificados y analizados por algunos teóricos de la Enfermería. La interacción humana permite definir la Enfermería y es el modo para llevar a cabo el cuidado. Es por esto que debe analizarse y redimensionarse con cada paso que avanza la disciplina de Enfermería.

En este artículo se presenta una revisión fundamentada en los planteamientos de teóricas de la Enfermería y orientaciones que señala la ley 911 de la república de Colombia sobre ética en Enfermería, en aspectos relacionados con la interacción enfermero-paciente.

Palabras clave: *cuidado de Enfermería, interacción humana, interacción enfermera-paciente*

Cómo citar este artículo:

Beltrán ÓA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Invest. educ. enferm. 2006; 24(2): 144-150.

Recibido: 17 de enero de 2005

Envío para correcciones: 22 de agosto de 2006

Aprobado: 6 de septiembre de 2006

^a *Enfermero, especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria, profesor de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de Investigación en Emergencias y Desastres. E-mail: oscar4242@tone.udea.edu.co*

Influential factors on human interaction in nursing care

Óscar Alberto Beltrán Salazar

ABSTRACT

Human relationships involved in the nursing care practice are related with several conditions whose knowledge may influence the contact among nurses and patients in order to cause expected results such as to cope with illness, promote healing and die with dignity. The kind of interactions, the role of nurses, the stages of the interactions and some other conditions related to patients during the interactions have been identified and analyzed by some nursing theorist.

The human interaction allows to define the nursing and it is the way to carry out the care. It is for this reason that should be analyzed and re taken with each step that the nursing discipline advances.

This is a bibliographic revision article based on thoughts of theorist in nursing and dispositions of the ethic in nursing law about nurse – patient interactions.

Key words: *nursing care, human interaction, nurse-patient interaction*

el progreso de las intervenciones en salud, han tenido que evolucionar desde una Enfermería basada en relaciones directas con las personas, en las que el ingenio y el arte apoyaban su práctica, a una práctica intermediada por máquinas y aparatos que fácilmente pueden distorsionar su quehacer. Cada vez es más frecuente ver a los pacientes en contacto con dispositivos de cuidado que dificultan la interacción humana y a los enfermeros enfrascados en el uso de tecnología que los vuelve rutinarios y genera en ellos actitudes que los predisponen al alejamiento de los pacientes.

Por ejemplo, pudiera considerarse que en las unidades de cuidado intensivo la comunicación humana no

es posible, porque los pacientes permanecen conectados a aparatos que mantienen la vida y son sometidos al efecto de sedantes, relajantes y analgésicos; sin embargo, los enfermeros no deben dejarse confundir por esta falsa idea, porque la interacción humana es inherente a la Enfermería, está involucrada en su definición y es un componente ineludible de la práctica enfermera. La interacción no puede ser reemplazada, “es el medio por el cual los enfermeros llevan a cabo el propósito de la Enfermería”¹; por el contrario, debe ser constantemente replanteada de manera que genere resultados y “produzca beneficios para cada una de las personas que participan en dicha interacción”².

La interacción humana, como componente primordial de la práctica enfermera, está vigente en los postulados de teóricos de la Enfermería como Peplau² y Travelbee¹ y es motivo de preocupación para los enfermeros en diferentes ámbitos como el académico y el asistencial, en respuesta a los avances tecnológicos y de la ciencia y a los cambios sociales. Abdellah⁴ plantea: “La Enfermería es hacer algo por una persona o suministrarle la información necesaria para que cubra sus necesidades, mejore su autoayuda o mitigue un sufrimiento”. Hacer algo por alguien o suministrarle información, ineludiblemente supone dos personas en contacto, un acto comunicativo y de ayuda. Peplau² incluye la interacción humana en la definición de esta práctica, al expresar que “La Enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad”².

Cuando una persona demanda la participación de Enfermería en la satisfacción de sus necesidades o en la resolución de sus problemas, debe recibir un despliegue de conocimiento, técnicas y procedimientos que hacen parte de la ciencia de la Enfermería, así como la habilidad para usarlas en el cuidado; a este respecto la ley 911³ señala: “El cuidado de Enfermería se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanistas”; pero además, “se basa en una relación de ayuda y confianza entre enfermero y paciente que es crucial para el éxito de la asistencia transpersonal”⁵.



Gabriel Metsu (Países Bajos). *La visita del doctor*, hacia 1660.
Óleo sobre tela. Museo L'Hermitage, San Petersburgo

Las relaciones interpersonales, que determinan el cuidado de Enfermería, están sujetas a factores condicionantes como la naturaleza de la interacción entre enfermero y paciente, las fases de la interacción, el rol de los enfermeros en la relación con el paciente y las condiciones del paciente para la interacción. Estos factores deben ser considerados y analizados por los enfermeros con el fin de impedir que en determinados momentos distorsionen el contacto humano en el que se basa la práctica de Enfermería.

En este artículo se analizan las relaciones interpersonales a la luz de los planteamientos de algunos autores acerca de los factores que las influyen o condicionan, con el propósito de favorecer la reflexión de los profesionales con miras a establecer una mejor relación con el paciente.

Naturaleza de la interacción enfermero-paciente

La enfermera Travelbee^{1,6} plantea: “El objetivo de la Enfermería es ayudar a los individuos y familias a prevenir y afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudarles a dar sentido a sus experiencia mediante el establecimiento de una relación persona a persona”. No se espera que “la relación sea de tipo social y de carácter informal, ni una relación entre amigos”⁷, sino que debe ser concebida como una relación terapéutica que busca el beneficio del paciente, está dirigida al cumplimiento de metas y enfocada a identificar y resolver problemas relacionados con el bienestar y la salud de las personas cuidadas. La interacción se considera exitosa cuando, además de los resultados, ofrece una clara contribución al crecimiento del paciente y del enfermero.

La interacción profesional entre el cuidador y la persona cuidada es uno de los actos de Enfermería que Wiedenbach describe como “deliberados porque están dirigidos al cumplimiento de un objetivo específico,

aplicados con criterios y conocimiento sobre lo que significa lo que las personas expresan en forma verbal o no verbal”⁸. La interacción permite al paciente expresar sus sentimientos, dar a conocer respuestas positivas y negativas frente a las situaciones vividas y sus expectativas frente al cuidado de Enfermería para la satisfacción de sus necesidades, y al enfermero le permite desarrollar el propósito de la Enfermería¹.

Desde el punto de vista de los enfermeros, la intencionalidad de la relación enfermero-paciente no puede limitarse solamente a pretender resultados o a promover cambios mediante la aplicación de planteamientos basados en la obediencia y en el instinto, por lo que la interacción se canaliza para fomentar la repetición de los comportamientos aceptables, que son deseables para mantener la salud, y eliminar los no recomendables. Es más aceptable el planteamiento de Roy^{11,12}, quien afirma que durante la interacción se deben modificar los comportamientos ineficaces y promover las conductas adaptativas mediante la utilización de procesos de decisión voluntarios y conscientes, guiados por el deseo de cambio.

En el proceso de interacción, el enfermero debe hacer uso tanto de su experiencia clínica como de su preparación académica; pero además, debe exhibir una gran dosis de sentido común, intuición, sensibilidad y habilidades comunicativas. El componente estético del conocimiento de Enfermería, como lo afirma Carper¹¹, es un instrumento importante para que la relación enfermero-paciente produzca resultados positivos al hacer posible desplazarse más allá del límite de la exigencia, del requerimiento o la actividad puntual y de las circunstancias del momento, para discernir sobre el significado del mismo. Este componente se hace visible en las interacciones que se dan en respuesta a las demandas de cuidado de los pacientes, como ocurre cuando se ofrece compañía y afecto más que con la administración de un analgésico a un paciente que padece de dolor.

Rol de los enfermeros en la relación con el paciente

Una condición del cuidado de Enfermería es que debe ser permanente y brindarse a lo largo del día, para lo cual se requiere la participación de un equipo. Esto supone que varios enfermeros, o diferentes personas, estarán en contacto con el paciente y que la interacción involucra a más de dos personas; por este motivo puede suceder que se presenten diferentes enfoques, métodos y estrategias por parte de los enfermeros para establecer los contactos requeridos en el cuidado del paciente. El efecto que produce la participación de varias personas en el cuidado se controla mediante la planeación y la ejecución de las interacciones centradas en el paciente, sus necesidades y sus requerimientos de cuidado.

La evaluación es un componente del cuidado tan importante como la planeación y la ejecución; permite determinar el cumplimiento de las metas, que de ser bien planteadas reflejarán el impacto que la interacción con el paciente ha generado en su estado de salud. Henderson¹² afirma que las intervenciones de Enfermería habrán sido exitosas cuando el paciente logra la satisfacción de sus necesidades y recupera su independencia, y según Roy¹⁰ cuando contribuyan a la salud, a la calidad de vida o a morir con dignidad.

Orem^{13,14}, en un planteamiento sobre la participación de Enfermería en el cuidado, asevera que los enfermeros pueden sustituir al paciente en el autocuidado cuando la capacidad de este último para actuar, e inclusive para decidir, no le permiten participar; auxiliarlo cuando puede participar en forma parcial y ofrecerles compañía y educación a los pacientes independientes. Resume la participación de Enfermería en términos de hacer por otro, guiarlo y dirigirlo, proveerle apoyo físico y psicológico, proporcionarle un ambiente adecuado y enseñarle. También plantea que la participación de Enfermería se desarrolla mediante sistemas de Enfermería que define como totalmente compensatorios,

cuando el enfermero sustituye al paciente en las actividades de autocuidado, parcialmente compensatorio cuando lo apoya o auxilia y sistema educativo cuando brinda educación.

El papel de los enfermeros en la interacción con el paciente está caracterizado por Benner como “de ayuda”¹⁵. Por su parte, Travelbee⁶ enfoca la participación de Enfermería para “apoyar al paciente en la identificación y significación de su enfermedad, en la satisfacción de sus necesidades y en la resolución de sus problemas”. Y también afirma la misma autora que “el rol de los enfermeros debe ser percibido como de ser humano a ser humano en vez de enfermero a paciente.

El enfermero debe conocer al paciente, comprender sus patrones de respuesta, verlo como un ser holístico, como una persona”¹⁶, que tiene derechos innegables, expectativas y temores; que ha sido presionada por la enfermedad a confiar su vida y su intimidad a otras personas, con frecuencia desconocidas. El paciente otorga significados a una relación definida en tales circunstancias. En un estudio realizado por Balanza¹⁷, en el que buscaba comprender el significado del cuidado de Enfermería para los pacientes hospitalizados en un servicio médico, encontró que para ellos, cuidado de Enfermería significaba ánimo, buen trato, amor y atención, que les agradaba cuando se acompañaba de muestras de cariño y era mal aceptado cuando se percibía como maltrato; también encontró que los pacientes reportaron el cuidado de Enfermería como una dimensión de poder, lo que ocurría en relación con la toma de decisiones por parte del enfermero sobre lo cotidiano en la atención cuando ellos están limitados para hacerlo.

Orlando afirma que “el enfermero tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a evitar y aliviar el malestar que se deriva de las necesidades no satisfechas”¹⁸. Para el cumplimiento de esta misión, el enfermero debe ofrecer consejería y educación y utilizar la información adecuada para el nivel de entendimiento y comprensión del paciente, con el fin de promover su participación. Para potenciar la interacción humana el enfermero en el cumplimiento de su rol debe brindar un cuidado de Enfermería basado en el respeto por los derechos del paciente, en los principios éticos y en claros conocimientos; considerar la mejor evidencia científica mediada por el conocimiento del paciente y/o su familia, a partir de una exhaustiva valoración y juicio clínico. A este respecto, Benner plantea que “las técnicas adquiridas a través de la experiencia clínica y el dominio de la percepción que desarrollan los enfermeros permiten buscar evidencia en los sutiles cambios de los pacientes”¹⁶.

Fases de la interacción

La interacción enfermero-paciente pasa por varias etapas. En los momentos iniciales los participantes de esta interacción son desconocidos y el enfermero desempeña frente al paciente el rol de extraño^{19,2}; en esta etapa se recomienda que el trato sea cortés y libre de prejuicios.

La primera fase de la interacción es denominada “de iniciación”¹⁹. En ella se pretende lograr “la orientación del paciente y la identificación, no sólo de sus necesidades de ayuda sino también de su identificación con aquellas personas que lo pueden ayudar”²². Es corriente que durante este

período se presente ansiedad en el paciente y en el enfermero, debido a que son dos desconocidos en contacto; el paciente experimenta necesidades, se ve presionado a encomendar a alguien el cuidado de su vida y debe identificar y dar significancia a su enfermedad. El enfermero, por su parte, desconoce la situación clínica del paciente, el compromiso en su estado de salud, sus expectativas y sus patrones de respuesta. El propósito de esta fase es el conocimiento mutuo y establecer una relación basada en la confianza, dirigida hacia las necesidades del paciente¹⁹.

En esta fase el enfermero, además del rol de extraño, inicia su desempeño, como lo dijera Peplau^{19, 2}, de persona recurso, al ofrecer respuestas explicativas al paciente para contribuir al conocimiento mutuo y a la disminución de la ansiedad; el enfermero se desempeñará en este rol durante las otras fases de la interacción.

La segunda fase de la interacción enfermero-paciente es la “de mantenimiento”⁷; de trabajo mutuo; en ella se espera un descenso en los niveles de ansiedad por parte de los participantes y un aumento en la confianza mutua; el enfermero ha identificado la situación del paciente y sus respuestas; los pacientes expresan sus sentimientos y emociones y toman en consideración los aportes del enfermero.

En la fase de mantenimiento, el enfermero desempeña los roles de persona recurso y docente que brinda educación con base en los conocimientos y las exigencias del paciente; el rol de sustituto, al definir con el paciente sus áreas de dependencia e independencia; además, puede realizar asesoramiento y liderazgo^{19,2}. Esta fase es denominada “de explotación”^{19,2} por Peplau, “debido a que el paciente saca provecho de la relación, se basa en el aporte de los enfermeros para lograr sus objetivos y cumplir sus metas”; por su lado, el enfermero recibe su contribución en el desarrollo de la interacción que se relaciona con su satisfacción por el desempeño de su labor de ayudar a los pacientes¹, con el avance en su proceso de maduración como enfermero y hacia la experticia, es decir, en términos de Benner¹⁶, la transición de novicio a experto.

La tercera fase de la interacción es llamada “de terminación”⁷; Peplau la denomina “de resolución”². En esta etapa el paciente ha cumplido algunas metas, y, al preparar el retorno a su medio habitual, se propone nuevos objetivos que reflejarán su compromiso frente al mantenimiento de su salud y bienestar. El tipo de metas tendrá relación con el estado de salud del paciente en el momento en que es dado de alta, con el tratamiento recomendado por el médico, con las actividades de rehabilitación; en fin, con todo aquello que el paciente y su familia deben hacer y saber hacer para mantener aceptables niveles de salud.

También se espera que en esta etapa el paciente evalúe las interacciones que tuvieron lugar en el cuidado y dé a conocer su nivel de satisfacción.

Condiciones del paciente para la interacción

Travelbee afirma que “el paciente, por ser humano posee los recursos y riesgos de la condición humana... es una criatura con contradicciones

continuamente confrontadas por elecciones y conflictos, que debe enfrentar las consecuencias de sus actos... la comunicación durante la aflicción y el padecimiento de la enfermedad pueden ser difíciles, por lo cual se debe tener en cuenta que los pacientes se sirven para comunicarse con los enfermeros de su apariencia, comportamiento, postura, expresión facial y gestos, aun cuando no se den cuenta de que lo hacen”¹.

La interacción debe ajustarse al estado de orientación y percepción de la realidad que presenten los pacientes en los servicios de salud, ya que pueden exhibir estados de alerta, confusión, desorientación e inconsciencia ocasionados por su estado de salud o por los medicamentos, según los cuales su participación en el cuidado puede variar desde la total dependencia hasta diferentes niveles de independencia y autocuidado. En un estudio realizado por Zinn²⁰ y otros, que busca comprender la forma de comunicarse con el paciente sedado, se encontró que la comunicación es posible en diferentes momentos y formas, verbales y no verbales, aunque en algunas ocasiones se dificulta por la profundidad de la sedación; pero todos, en general, ponen a prueba las habilidades comunicativas de los enfermeros para seleccionar el lenguaje adecuado, para involucrar a la familia cuando se requiere, para explicar e inclusive para tranquilizar, y definitivamente para escuchar y recolectar toda aquella información que les permitirá conocer su situación real y sus respuestas y contribuir de manera eficaz a la toma de decisiones respecto de las intervenciones requeridas.

Otro aspecto que influye en la interacción enfermero-paciente son los mecanismos de defensa a los que recurrimos los seres humanos con el fin de enfrentar la ansiedad y las situaciones difíciles de la vida; la presencia de la enfermedad, las limitaciones y molestias que la acompañan, al igual que el conocimiento del diagnóstico y algunos detalles sobre determinados tratamientos. Estas situaciones presionan

a los pacientes a utilizar formas defensivas para mitigar su impacto y es así como recurren a la supresión, represión, proyección, aislamiento, retiro, fantasía, ideas de referencia y otros mecanismos²². El enfermero debe enfocar sus esfuerzos a promover el contacto con la realidad, la asignación de significados a la experiencia, la identificación de las situaciones en forma clara y la adecuada resolución de problemas.

La edad de los pacientes también plantea la necesidad de adoptar diferentes enfoques y estrategias en las interacciones por parte de los enfermeros. Las personas entre 20 y 40 años dan primacía a su intimidad, por lo que pueden ofrecer como respuesta frecuentes actitudes de retirada y aislamiento; su pensamiento está constituido por ideales abstractos, principios y conceptos, y su autoimagen y autoconcepto son alterados por la enfermedad y la discapacidad⁷; obtener su confianza puede ser un verdadero reto porque con frecuencia, en situaciones difíciles, prefieren la compañía de su familia.

Las personas de 40 a 60 años tienen un pensamiento realista y dirigen su atención a la resolución de los problemas; pueden ser menos flexibles en sus actitudes pero tienen tendencia a aceptar cambios como componente de su proceso de maduración, son responsables y tienen habilidad para compartir sus roles⁷; solicitan informaciones claras y con frecuencia demuestran interés por declinar los tratamientos y hospitalizaciones para atender sus compromisos.

Los mayores de 60 años frecuentemente son dependientes de otras personas y han pasado por la pérdida de familiares y amigos; tienen tendencia al aislamiento, son espirituales y demuestran religiosidad y falta de esperanza⁷; la comunicación con ellos debe ser cálida y afectuosa porque con frecuencia buscan el cariño que no reciben en su hogar; en las explicaciones y entrenamiento es necesario involucrar a

su familia puesto que pueden presentar diversos grados de alteración de la memoria.

Se debe tener en cuenta que, independientemente de las condiciones sociales y de salud de los pacientes, a los enfermeros se les exige la capacidad para escuchar, para recabar información y para hacer inferencias y juicios clínicos sobre la condición del paciente, además de la capacidad de la toma de decisiones pertinentes en cada situación.

Para terminar es importante evitar comportamientos no deseables en las interacciones, como la censura respecto a los comportamientos de los pacientes; discusiones, actitudes defensivas o demostrar rechazo hacia la información o estilos de vida que manifiesten no deben restarle importancia a sus signos y síntomas y deben evitar un trato demasiado familiar. El paciente deberá percibir que toda su información es importante, que será considerada y se respetarán en todo momento su confidencialidad, sus derechos y su cultura.

Un paciente puede rechazar la intervención de un enfermero, no por considerarla innecesaria y sin valor, sino por la forma en que le es ofrecida; a este respecto Travelbee plantea que “tratar a los pacientes como seres humanos inicia la senda hacia la humanización del cuidado; los pacientes no deben ser tratados como objetos, o como la personificación de tareas por realizar o tratamientos para llevar a cabo o como una enfermedad o número de cama”¹; y agrega: “la percepción de los enfermeros sobre las personas, su concepto sobre los seres humanos influenciará su comportamiento en todas las áreas de su vida”¹.

CONCLUSIONES

Estos y muchos otros aspectos influyen la interacción entre enfermeros y pacientes, algunas veces en forma positiva, pero muchas otras en forma negativa; conocerlos puede contribuir a que el contacto sea fructífero.

Si se parte del hecho de que la práctica del cuidado de Enfermería gira alrededor de la interacción humana y que la interacción humana define lo que en realidad es la Enfermería, los enfermeros deben avanzar por la senda de conocer los planteamientos existentes al respecto e investigar para validarlos y replantearlos en forma permanente. Esta labor cobra especial importancia en el momento actual debido a las condiciones sociales, laborales, y especialmente las imperantes en las áreas de la salud, que han ocasionado la reasignación de funciones entre los profesionales, la distorsión en la identidad profesional en Enfermería y el alejamiento de los enfermeros de la práctica del cuidado.

Para acatar los planteamientos hechos por Watson²³ acerca del cuidado “transpersonal” en el cual el paciente y el enfermero tienen importancia como personas únicas, irrepetibles, con experiencias y patrones de respuesta diferentes, se debe otorgar especial interés a las circunstancias personales de enfermeros y pacientes, además del contexto en el que se dan las experiencias de cuidado para que las interacciones sean eficaces y brinden los mejores resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2 ed. Philadelphia: FA Davis; 1966. pp. 4-13, 25-26, 34-35, 93.
2. Peplau H. *Relaciones interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat; 1990. pp. 5, 14-16, 25-32, 38-41.
3. Colombia. Gobierno Nacional. Ley 911 de 2004. Artículo 3. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá: Tribunal Nacional ético de Enfermería. 2004.
4. Abdelah F. *Patient-centered approaches to nursing*. New Cork: Macmillan; 1960. Citado por: Marriner A, Raily M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 112-131.
5. Watson J. *Nursing: Human care. A theory of nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett publishers; 1999. p. 63.
6. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. 2 ed. Philadelphia: FA Davis; 1966. p. 5. Citado por: Marriner A, Raily M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 6-13, 20, 366.
7. Golub S, Kristic J. *Nursing care of the client with psychosocial and mental health problems*. Nursing Boards Review. 10 ed. St Louis: Mosby; 1997. pp. 14-23.
8. Wiedenbach E. *Clinical nursing: A helping art*. New Cork: Spinger; 1964. Citado por: Marriner A, Raily M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 86-98.
9. Roy C. *Modelo de Adaptación de Roy*. 2 ed. Bogotá: Appleton Lange; 1999. p. 1.
10. Roy C. *Introducing to nursing: an adaptation model*. Englewood cliffs: Prentice Hall; 1976. Citado por: Fitzpatrick J, Whall A. *conceptual models of nursing*. 3 ed. Conneticut: Appleton y lange; 1996. pp. 94-95.
11. Carper B. *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Adv. Nurs. Sci. 1978; 1: 13-23. Citado por: Duran M. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Enfermería; 2001. p. 29.
12. Henderson V. *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New york: Macmillan; 1966. p. 15. Citado por: Marriner A, Raily M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 99-111.
13. Orem D. *Nursing: concepts of practice*. 5 ed. St Louis: Mosby; 1995. Citado por: Fitzpatrick J, Whall A. *conceptual models of nursing*. 3 ed. Conneticut: Appleton y lange; 1996. pp. 102-103.
14. Orem D. *Normas prácticas en enfermería*. 2 ed. Madrid: pirámide; 1983. pp. 129-135.
15. Benner P. *Practica progresiva de enfermería. Manual de comportamiento personal*. 2 ed. Barcelona: Grijalbo; 1987. p.78.
16. Benner P. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New Cork: Spinger; 1996. p. 145. Citado por: Marriner A, Raily M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 43-54, 157-172.
17. Balanza G. *El significado del cuidado de Enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado*. Cienc. enferm 1997; 3(1) 65.
18. Orlando I. *The discipline and teaching of nursing process: an evaluativo study*. New Cork: G. P. Putnam's Sons; 1972. pp. 20, 29. Citado por: Marriner A, Raily M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 351-363.
19. Peplau H. *Interpersonal relations in nursing*. New Cork: G P putnam's sons; 1952. pp. 44-47. Citado por: Marriner A, Raily M. *Modelos y teorías de Enfermería*. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp. 335-350.
20. Zinn GR, Silva MJP, Telles SCR. *Comunicar-se com o paciente sedado: vivencia de quem cuida*. Rev Latino-am Enfermagem 2003; 11(3): 326-32.
21. Golub S, Kristic J. *Nursing care of the client with psychosocial and mental health problems*. Nursing Boards Review. 10 ed. St Louis: Mosby; 1997. pp. 15-16
22. Freud A. *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós; 1980. pp. 51-62.
23. Watson J. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Boston: Jones and Bartlett; 1999. pp. 67-70.