



La Relación de ayuda en Enfermería

Aarón MUÑOZ DEVESA,¹ Isabel MORALES MORENO,¹ José Carlos BERMEJO HIGUERA,² José María GALÁN GONZÁLEZ SERNA³

Resumen Abstract

La Enfermería es una profesión basada en la relación entre la enfermera y aquella persona que requiere de sus cuidados. Sin embargo, esta relación enfermera-usuario es decisiva en lo que concierne en la calidad y satisfacción de los cuidados otorgados, y a su vez, en el bienestar de la persona, siendo la relación de ayuda una relación que va más allá de lo biológico a través de la empatía y el diálogo. Es tan importante dicha relación que la taxonomía NIC contempla intervenciones basadas en esta relación como Presencia, Contacto o Escucha activa. La relación de ayuda como tal no es taxonomizada, pues en sí no es una intervención en la Enfermería, sino que es la esencia de la misma, de la cual se inician el resto de cuidados. Por ello, es necesario conocer nuestra esencia para llevarla a la práctica y retomar lo que realmente somos por el objeto del cuidado y su bienestar bio-psico-social-espiritual. En esto se encuadra el objetivo que perseguimos en este artículo: describir la relación de ayuda y sus elementos en relación con la Enfermería y las intervenciones que realiza para establecerla según taxonomía NIC.

Palabras clave: Enfermería. Relación de ayuda. Empatía. Escucha activa. Cuidados Integrales.

THE HELP RELATIONSHIP IN NURSING

Nursing is a profession mainly based on the relationship established between the nurse and the person who cares. Nowadays, that relationship is being relieved by modernization produced by the biomedical model. However, this relationship has a crucial influence related to quality and satisfaction of care; in the other hand, it has an important influence in human wellbeing too. Help Relationship is a kind of relation which reaches more than the biological area thorough empathy and dialogue. This kind of relation established is so important that NIC Taxonomy includes different therapeutical treatments based on help relationship, with activities such as presence, contact or active listening. Help relationship is not included literally in the taxonomy such it is because it is not considered as an intervention by itself although it is the essence of nursing. Therefore, it is necessary to know our essence to carry it out and pick it up where we really are by the subject of care and whole welfare. In this subject fits the aim of this article: to describe the help relationship as an important support for the patient and its components related to Nursing profession, as well as the interventions in which it can be identified according to NIC taxonomy.

Keywords: Nursing. Relationship Support. Empathy. Active Listening. Comprehensive Care.

¹Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Murcia, España. ²Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos, Madrid, España. ³Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Sevilla, España.

CORRESPONDENCIA: Aarón Muñoz Devesa.
Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio. Campus Los Jerónimos, s/n. 30107 Guadalupe, Murcia, España.
amdevesa@ucam.edu

Manuscrito recibido el 8.08.2013
Manuscrito aceptado el 17.10.2013

Index Enferm (Gran) 2014; 23(4):229-233

TEORIZACIONES

Introducción

Según Pellegrino, existen cuatro sentidos para el término cuidar: la compasión, la acción para ayudar a la persona a ser autónoma, la confianza en los profesionales, y poner a la persona en el centro de nuestra acción.¹ De tal forma que: “cuidar es, para Pellegrino, compadecerse de alguien, ayudarle a ser autónomo, invitarle a compartir su responsabilidad y su angustia, transformarlo en el verdadero centro de la vida sanitaria, en definitiva, ejercer el deber moral que todo profesional de la salud tiene en tanto que profesional, a saber, velar por el bien del paciente”.²

Basándonos en este concepto, observamos cómo el cuidar no es una mera acción del personal de la Enfermería, si no que más bien, es el personal de Enfermería quien colabora con la persona en sus autocuidados.³ Cuidar es acompañar, siendo su definición: “caminar al lado del paciente, compartir con él los pensamientos sin confundirse con él, es arriesgarse hasta el punto en que uno se pregunta quién acompaña a quién, es reconocer, en tanto que cuidador, que el enfermo le enseñe, le transmite: le forma”.⁴

A este acompañamiento se le denomina Relación de ayuda, que a su vez entraña otros elementos. Siguiendo a Bermejo, podemos definir la relación de ayuda como: “un proceso que, metafóricamente, se comprende bien con la expresión ‘caminar con’ el ayudado. De este modo, incluso aconsejar no supone que se fomente la dependencia, ni que se dirija, ni decir al enfermo lo que tiene que hacer, sino un proceso de exploración de su situación, de comprensión de la misma, de apropiación responsable de reacción-respuesta activa estimulado por el agente de salud”.⁵

Relación de ayuda

La Relación de ayuda consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. En la Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes,

habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga.^{6,7} Para Rogers, la Relación de ayuda requiere unas actitudes para que se establezca: empatía, autenticidad y la aceptación incondicional.⁸ Sin embargo, para su discípulo Charkhuff, faltarían la concreción, la inmediatez, la autorrevelación y la confrontación.⁹

La empatía, actitud que propone Rogers, consiste en introducirnos en el mundo del hombre. “Es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta la otra persona [...] y comunicar esta percepción con un lenguaje acomodado a los sentimientos del ayudado”.⁵ No consiste solo en entender al enfermo, sino en introducirnos en su percepción del mundo para captar su vivencia. Tampoco debemos confundir la empatía como técnica con la empatía como actitud.¹⁰

Para llegar a dicha empatía es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación.⁷ Desde el primer momento de la relación empática, el centro es el paciente, no el ayudante. Así, podremos comprender y percibir los significados que él da a las cosas y sus verdaderas necesidades para dar unos cuidados necesarios.⁶

Tras esto, en la segunda etapa, el ayudante entra en la fase de la incorporación y la repercusión. El ayudante se observa a la luz de lo comunicado por el ayudado mirando sus semejanzas con él. Al descubrir la vulnerabilidad del paciente, la Enfermería busca en su interior las semejanzas y sentimientos que le despierta para ser dueño de los mismos. Podemos afirmar que el que se encuentra consigo mismo en esta etapa, con su vulnerabilidad, se convierte en el sanador herido que le permite comprender al herido desde la propia herida.^{5,6}

Por último, se restablece la distancia del ayudante respecto al ayudado recuperando la objetividad y la reflexión respecto a la experiencia vivida. Consiste en no despersonalizarse, mantener su propia identidad desde el primer momento para poder ayudar de forma eficaz, e incluso, confrontar el mundo del ayudado.⁶ Es lo que se conoce como Empatía, sentir fuera. En palabras de Bermejo es el “proceso mental de exclusión activa de los sentimientos inducidos por otros. [...] Nos

permite no dejarnos arrastrar por las emociones ajenas, saber separarse en la implicación”.¹⁰ De lo contrario, el ayudante entraría en lo que conoce como fatiga por compasión.¹¹

El resultado es conseguir que el ayudado se sienta comprendido por el ayudante, a la vez que conseguimos que se autoexplora y se comprenda. La única forma para que el ayudado se sienta comprendido es por medio de la comunicación, por medio del diálogo, y éste, personalizado.⁵ Por lo tanto, “implica un modo de compartir la emoción percibida por el otro ‘sintiendo con el otro’ sin ‘sentir lo mismo que el otro’”. El ayudante, hábil en la empatía, sabría leer lo que el ayudado comunica, interpretándolo bajo la visión del mismo ayudado, asegurándose de estar en lo correcto a través de sus respuestas.¹⁰

Otra habilidad pertinente a la hora de entablar una relación de ayuda eficaz, es la autenticidad. Consiste en: “la capacidad del ayudante de ser libre y profundamente él mismo, excluyendo así la distancia entre lo que siente interiormente y lo que manifiesta exteriormente”.⁵

Esta autenticidad abarca tanto los sentimientos del ayudado como lo comunicado por parte del ayudante. De ahí la necesidad de la libertad interior de ambas partes para comunicar, incluso cuando se da la confrontación de ideas entre ambos. La confrontación, siempre que el centro de la misma sea el ayudado, es favorable, ya que “expresa el deseo de que crezca y sobrepase las contradicciones utilizando al máximo los propios recursos”. El resultado de esta confrontación es la toma de conciencia por parte del ayudado de ciertas contradicciones que le impiden avanzar en su afrontamiento o crecimiento. Se dará una mayor autenticidad cuando los dos interlocutores se auto revelen de forma sincera consigo mismo y con el otro.⁵

Para que esta autenticidad se cree, hay un requisito indispensable: la confidencialidad. Esta, para Torralba es una virtud por la cual se protege al ser vulnerable ante su apertura en la comunicación. Y para ello se requiere de otro elemento: la confianza. Para que se establezca esta relación de confianza, ambos hacen un pacto de fe. El ayudado se fía del ayudante, reconoce su autoridad tanto profesional como moral.¹²

TEORIZACIONES

La última habilidad propuesta por Roger es la aceptación incondicional. Aunque la desarrollemos la última, es la primera para poder establecer una Relación de ayuda. Ésta consiste en: “la acogida calurosa del enfermo con sensibilidad humana y con visión positiva del mismo. La aceptación incondicional supone un estar a favor del enfermo por encima de todo, estar por él, por su persona, más allá de sus compromisos”.⁵

Sin esta acogida incondicional, el hombre no se comunicará, no confiará en el ayudante para sacar afuera lo más profundo de su ser. Esta acogida incondicional se traduce en escucha activa. Por ello, podemos afirmar que hay cinco tipos de comunicación, pues no todas son auténticas y, por lo tanto, no hay una aceptación. El primer nivel no pasa de la conversación cordial, coloquial. Es una comunicación no personal, sin contenido. El segundo nivel consiste en hablar de datos u otras personas. En el tercer nivel comenzamos a adentrarnos en la comunicación auténtica a través de opiniones para tantear las reacciones de nuestro interlocutor. Es una comunicación de máscaras y una estrategia para no quedar nuestro yo auténtico al descubierto. El cuarto nivel consiste en la expresión de sentimientos y emociones, culminando en el quinto nivel de la comunicación auténtica. En este último, el comunicador no transmite un simple mensaje con o sin contenido, sino que se da por entero a la otra persona a su vez que acoge al interlocutor tal como le gustaría que hicieran con él. En este último nivel es cuando se establece la verdadera relación de ayuda, una acogida mutua en totalidad en base a la amistad. Pero ésta, vive sobre el pilar de una relación en la verdad, no de verdad, sino “en”. Una relación auténtica, sin mentiras u omisiones de información. Nunca debe olvidar el ayudante que la verdad es del paciente, siendo este el protagonista de su vida y de su destino.⁶ Para Torralba, el escuchar es una tarea ética que se da cuando se reconoce al otro, cuando manifiesta la trascendencia del otro, y cuando el otro es atendido y escuchado.¹²

Con lo anteriormente expuesto, vemos que para crear una verdadera relación de ayuda es necesaria la escucha activa. Esta escucha activa, tantas veces nombrada pero tan poco practicada en

nuestros días, consiste en poner en el centro de la comunicación a aquella persona que tiene algo que decir. Para ello, es necesario que el ayudado hable en libertad, y a su vez, un interlocutor que quiera escuchar y acoger su mensaje. Para escuchar es necesario callar, pero no solo de forma externa, sino en nuestro interior, pues lo importante de esta acción es el ayudado.⁵ Es una confianza plena en la cual lo que transmite la persona es verdad, por lo que yo callo para hacerlo mío.¹² De tal forma que el ayudante calla, guarda silencio, controlando sus voces internas por la aceptación de sí mismo ante las reacciones que puedan acontecer y sin emitir juicios ante lo escuchado.⁵ Veamos a continuación los tipos de escucha según Charkhuff.

La primera de las formas es la atención física. Se centra en la postura física del ayudante, pues esta refleja el interés. Otra forma de escucha es la observación. Mediante esta, el ayudante obtiene la información de la comunicación no verbal. Por último, la escucha en sentido literal. Por ella, obtenemos la información de los mensajes verbales para comprender al ayudado y completar esta información con lo observado. El objetivo de esta escucha es comprender al ayudado, de lo contrario no tendría sentido escuchar.

Para hacer ver al ayudado que estamos comprendiendo su mensaje, el ayudante responde de diversas maneras. Una de ellas es la refleja. En este tipo de respuesta, el ayudante intenta devolver al ayudado la información que nos ha transmitido a través del lenguaje tanto verbal como no verbal. Así, podemos reiterar lo que nos acaba de transmitir, dilucidar aclarando lo que nos expone, o bien devolviendo el fondo emotivo del mensaje con otras palabras. Consiste, simplemente, en reformular el mensaje que el ayudado nos ha puesto en comunicación para que perciba que le hemos entendido.

Otra forma de responder a lo comunicado es centrando nuestra respuesta en torno al contenido o los sentimientos, o ambos, del mensaje. De tal forma, el ayudante puede promover una reflexión más concreta por parte del ayudado para explorar y tomar conciencia más concienzuda del problema que expresa.⁶

La escucha activa está contemplada

en la taxonomía enfermera NIC a través de la intervención (4920) Escucha Activa.¹³ Para llevarla a cabo, se proponen una serie de actividades (ver Tabla 1).

Ante el sufrimiento humano, el diálogo ayuda a encontrar un sentido a través de una pedagogía de la posibilidad. Esto es posible porque si hay posibilidades, aún hay esperanza. Y si hay esperanza, hay sentido. En esto radica la logoterapia de Frankl. En esta terapia, el hombre expresa sus preocupaciones más profundas a través del diálogo.¹⁴ Por esto: “Cuidar de un ser humano que sufre consiste en reconstruir dialógicamente y responsablemente el Sentido. Esta reconstrucción debe desarrollarse en dos planos, en el marco del diálogo y de la responsabilidad social y ética. El diálogo es la clave para ahondar en el sujeto y entrever su sufrimiento y sus posibilidades existenciales.”²

Veamos los efectos de la comunicación empática:¹⁵

- El ayudado se siente valorado y aceptado como persona.
- El ayudado se siente reafirmado en su propia existencia como persona original, autónoma y valiosa.
- El ayudado aprende a aceptar los propios sentimientos.
- Enseña al ayudado a confiar en su propia experiencia.
- Ayuda a que el ayudado explore su problema con libertad y se autoexplora más profundamente.
- Fomenta la responsabilidad del ayudado.
- Contribuye eficazmente a superar la soledad del ayudado.
- Crea una base sólida que consolida los procesos de la relación de ayuda.
- Mejora el nivel de autoconocimiento del propio agente de ayuda.

Pero esta relación de empatía debemos afirmar que se da en el tiempo y en el espacio. Por lo que, como afirma Benito, para aliviar el sufrimiento podemos poner en práctica tres actitudes: hospitalidad, presencia y compasión.¹⁶ En cuanto a la presencia, podemos decir que ese tiempo y espacio, es estar. En esta presencia es donde se da la empatía, la compasión, la hospitalidad. Sin ella, si no hay interrelación, no hay relación de ayuda.¹⁶

TEORIZACIONES

El tacto es uno de los sentidos más pertinentes en la salud. Se puede herir o sanar mediante la presencia física. Bien puesta en práctica, es signo de atención, de respeto, dignifica, significa respeto por el otro, proximidad... El otro, como ser vulnerable, ante la presencia del cuidador se siente respetado, atendido.¹² Es tal la importancia, que la Taxonomía enfermera NIC la contempla como intervención:(5340) Presencia (ver Tabla 2).¹³ Junto con este NIC, encontramos la intervención (5460) Contacto (ver Tabla 3).¹³

Afirma Lévinas: “La proximidad es el sujeto que se acerca y que, por consiguiente, constituye una relación en la cual yo participo como término, pero en la cual soy más o menos que un término”.¹⁷ “La proximidad no es un estado, un reposo, sino que es precisamente, inquietud, no-lugar, fuera del lugar de reposo”.¹⁷ Es un movimiento extático, una salida de mi yo para ir hacia el otro en el tiempo y en el espacio. Así, me acerco al ayudado convirtiéndolo en prójimo, es decir, en mi próximo.

Pero esta proximidad, en los momentos de sufrimiento, exige ternura, es decir, el tacto. El tacto es una forma de transmitir cercanía y afectividad, y en los momentos de mayor vulnerabilidad, el ser humano requiere de la misma. Y esto es así porque necesita saber que no está solo ante el sufrimiento. Siguiendo a Lévinas: “La caricia como el contacto, es sensibilidad. Pero la caricia trasciende lo sensible. No se trata de que sienta más allá del sentido, más lejos que los sentidos. [...] La caricia consiste en no apresar nada, en solicitar lo que se escapa sin cesar de su forma hacia un porvenir. [...] No es una intencionalidad de desvelamiento, sino de búsqueda: marcha hacia lo invisible. En cierto sentido, expresa amor, pero sufre por incapacidad de decirlo. Tiene hambre de esta expresión misma”.¹⁸

Para Boff, la caricia es la máxima expresión del cuidado. Cuando esta caricia se transforma en actitud se convierte en un modo de ser que dignifica a la persona que la recibe. Pues no es una caricia superficial, sino una caricia hacia la persona, no hacia una piel. Es a través de la mano y en la mano donde el cuidador establece su modo de ser cariñoso alcanzando al centro de la persona, su interior-

Tabla 1. Actividades para realizar el NIC Escucha Activa

(4920) Escucha activa: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente	
Establecer el propósito de la interacción	Identificar los temas predominantes
Mostrar interés en el paciente	Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual
Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones	Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido
Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones	Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones	Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación	Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento
Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación	Evitar barreras a la escucha activa
Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas	Utilizar el silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones
Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz	

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de Bulechek.¹³

Tabla 2. Actividades para NIC Presencia

(5340) Presencia: permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica	
Mostrar una actitud de aceptación	Permanecer físicamente presente sin esperar respuesta de interacción
Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente	Establecer una distancia entre el paciente sin esperar respuestas de interacción
Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente	Establecer una distancia entre el paciente y la familia, si es necesario
Establecer una consideración de confianza y positiva	Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad
Escuchar las preocupaciones del paciente	Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes
Permanecer en silencio, si procede	Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos
Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno	Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de su niño
Estar físicamente disponible como elemento de ayuda	Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad
Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura/rabino), si procede	

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de Bulechek.¹³

Tabla 3. Actividades para NIC Contacto

(5460) Contacto: proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado	
Evaluar la propia comodidad personal utilizando el contacto con pacientes y familiares	Dar un abrazo de afirmación, si procede
Evaluar la preparación del paciente cuando se le ofrece contacto	Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente, si procede
Evaluar el contexto del entorno antes de ofrecer contacto	Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional
Determinar qué parte del cuerpo es mejor tocar y la duración del contacto que produce las respuestas más positivas en el receptor	Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro del paciente gravemente enfermo
Observar los tabúes culturales del contacto	Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de Bulechek.¹³

TEORIZACIONES

ridad. Para que esto se dé, es necesario el respeto total a la persona y renunciar a cualquier tipo de instrumentalización.¹⁹

Conclusión

La Enfermería por su naturaleza es una profesión cuyo centro no es ella misma sino el enfermo. Su máxima prioridad se halla en él, de tal forma que sin esa relación que se entabla entre enfermera-usuario no existiría. Pero no puede ostentar cualquier tipo de relación, sino una relación de ayuda por la cual se acompaña al usuario a recorrer las diferentes etapas de su vida en cuanto a su salud concierne.

Por ser el profesional una persona, y a su vez, también recorrer su propio camino de salud, este puede empatizar con el usuario, pues es lo que llamamos el sanador herido, por sus heridas puede entender las heridas de otro. Para esto es necesario desarrollar la empatía, aceptando al usuario de forma incondicional a través de la autenticidad. Sin estas tres actitudes no es posible establecer una relación terapéutica con el usuario, pues de lo contrario no estaríamos ayudando a que el usuario se desarrolle.

Como herramientas, contamos con la (4920) escucha activa. Esta requiere del diálogo por el cual conocemos lo profundo de nuestros usuarios y sus necesidades, de tal forma que podamos dar posibilidades de mejora y aumentar el grado

de bienestar bio-psico-social-espiritual. Y ya que esto se da en el tiempo y el espacio, a través de la (5340) presencia y el (5460) contacto, expresamos el cuidado que le otorgamos, reconociendo al usuario como persona y no como cosa o mero consumidor de salud. La relación de ayuda en la Enfermería podríamos resumirla en la hospitalidad, hacer de la Enfermería un lugar en el cual el hombre vulnerable pueda refugiarse y desarrollarse como persona, especialmente en el momento de la enfermedad que en consecuencia crea un caos a ordenar.

Sin estas actitudes que se manifiestan en el hacer enfermero, la Enfermería sería prescindible pudiendo ser sustituida por la tecnología. Sin embargo, estas actitudes son lo que hacen que los cuidados sean holísticos y de calidad.

Bibliografía

1. Pellegrino E. The Caring Ethics. In: Bishop A, Scudder J, editors. *Caring, curing, coping: nurse, physicians, patient relationships* Alabama: University Alabama Press; 1985:8-30.
2. Torralba F. *Antropología del Cuidar*. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 1998.
3. Kuerte Rocha P, Do Prado ML, De Gasperi P, Sebold LF, Waterkemper R, Bub MB. El cuidado y la enfermería. *Avances en Enfermería* 2009; 27(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/271/r102109.php> [acceso: 18/12/2013].
4. Llanos A. La nueva sensibilidad y el cuidado integral del enfermo. VV.AA. *Simposium Internacional de Ética en Enfermería Pamplona*; 1990:63-64.

5. Bermejo JC. *Humanizar la salud*. Madrid: San Pablo, 1997.
6. Bermejo JC, Carabias R. *Relación de ayuda y Enfermería*. Cantabria: Sal Terrae, 1998.
7. Cardona Torres LM, García Campos ML. La empatía, un sentimiento necesario en la relación Enfermera-Paciente. *Desarrollo Cientif Enferm* 2010; 18(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-120.pdf> [acceso: 19/12/2013].
8. Roger CR. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, 1993.
9. Marroquin M. *La relación de ayuda en R. Charkhuff*. Bilbao: Mensajero, 1991.
10. Bermejo JC. *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.
11. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley CR, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized* New York: Brunner-Routledge; 1995:1-20.
12. Torralba F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2002.
13. Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5º ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
14. Frankl V. *El hombre doliente*. Barcelona: Herder, 1990.
15. Madrid Soriano J. *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2005.
16. Benito E. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2011, 18(7):392-400.
17. Levinas E. *De otro modo que ser o más allá de la esencia*. 5º ed. Salamanca: Sígueme, 2003.
18. Levinas E. *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Sígueme; 2002.
19. Boff L. *El cuidado esencial. Ética de los humano, compasión por la Tierra*. Madrid: Trotta, 2002.

MEJOR INTERFACE
+ INFORMACION
+ PRESTACIONES
¿Quieres saber más?

Busca en CUIDEN^{plus}

Bases de datos especializadas INVESTIGACIÓN CUALITATIVA – ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA – INDICADORES BIBLIOMETRICOS – HISTORIA Y PENSAMIENTO ENFERMERO

Si eres autor, ahora puedes hacer un seguimiento de las citas que reciben tus trabajos publicados



TEORIZACIONES

<http://www.index-f.com/new/cuiden>