

TECNOLOGÍA Y HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS. UNA MIRADA DESDE LA TEORÍA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Claudia Patricia Arredondo-González,

Enfermera. Becaria del Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados, Universidad de Alicante, España.

José Siles-González

Profesor, Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, España

RESUMEN

El propósito de este artículo es mostrar cómo la deshumanización de los cuidados de enfermería no se debe sólo a la tecnología, sino que es multifactorial, además, resaltar las relaciones interpersonales en la práctica humanizada. Para esto, a manera de orientación metodológica, se aborda la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau como paso previo a la enumeración de los factores deshumanizantes que confluyen en el medio hospitalario y han sido identificados en la bibliografía. Asimismo, se desarrolla una reflexión sobre la función de la tecnología como un medio para la humanización de los cuidados. Finalmente, se muestra la teoría de las relaciones interpersonales como base teórica para la humanización de la atención de enfermería, tanto en la formación como en práctica profesional. Esta teoría, claramente entiende el recurso tecnológico como medio y posiciona al paciente como fin único del cuidado de enfermería.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, Humanización, Tecnología, Relaciones interpersonales.

Introducción

Este artículo pretende mostrar que la deshumanización imperante en el contexto institucional sanitario es consecuencia de varios factores. Así mismo, reflexiona sobre la incidencia de la tecnología en la deshumanización del cuidado. Parte de las siguientes ideas: (1) El modelo teórico de las relaciones interpersonales puede orientar el cuidado de enfermería humanizado, más aún, en medios ambientes tecnológicos. (2) La deshumanización en el contexto institucional es consecuencia de varios factores. (3) La tecnología no es por sí sola la causa única del proceso de deshumanización en el entramado sanitario.

Relaciones Interpersonales

Pasaron cien años desde que Florence Nightingale escribiera sus Notas sobre Enfermería, hasta la publicación de la teoría de

las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau. La teoría de Peplau se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente (Peplau, 1990; Kérouac y cols, 1996). De acuerdo con Peplau, la relación establecida es recíproca, por lo que las acciones de enfermería no son sólo en, para y hacia el paciente, sino con él, e implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos (Peplau, 1990). Este modelo teórico humanista se inscribe en el paradigma de la integración, es decir, orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirige el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental (Kérouac et al, 1996).

En su teoría, Peplau describe cuatro fases de relación enfermera-paciente, proceso que aunque implique ejecución de técnicas, procedimientos y utilización de dispositivos, no puede considerarse sólo técnico, sino interpersonal (Peplau, 1990).

Estas etapas son: orientación, identificación, explotación y resolución. Es necesario recalcar que las diferentes fases no son estáticas ni se presentan y superan en estricto orden, más bien, se superponen unas con otras y pueden concurrir de manera simultánea (Peplau, 1990; Simpson, 1992; Werner y Rouslin, 1996; Marriner y Raile, 2003). En la relación interpersonal, la enfermera de forma flexible, se moviliza y asume distintas funciones y roles, además, utiliza al máximo sus habilidades, conocimientos y recursos para ayudar al enfermo. El proceso de relación, aunque se presente por etapas, es continuo. Tiene lugar como un compromiso entre dos personas, cuyo lecho es el conocimiento enfermero y la necesidad de ayuda del paciente. Este modelo teórico, caracterizado por la atención centrada en el paciente, puede ser utilizado en la enfermería a todos los niveles (Kérouac et al, 1996).

No obstante, para la aplicación de un modelo teórico, en primer lugar, se debe tener claridad sobre lo que es la profesión. Para Peplau la enfermería es: "Un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona de forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos (...). La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en dirección a una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria" (Peplau, 1990: 14). El cuidado de enfermería es concebido entonces, como un proceso dinámico en cuanto a que la relación enfermera-paciente cambia y a medida que cambia, se transforman a la vez, enfermera y paciente.

El cuidado de enfermería no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío. Tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado. Por esta razón, la enfermera como instrumento terapéutico y experto técnico, debe tener conocimientos, clarificar sus valores y estar comprometida con el cuidado.

Podrá utilizar los recursos disponibles, y todos los avances tecnológicos para mantener la vida y la dignidad de los pacientes (Peplau, 1990). Cada encuentro entre enfermera y paciente, orientado por este modelo teórico, es una oportunidad transformadora y dignificante por su esencial contenido humanístico. Una oportunidad de relación, madurez, aprendizaje y crecimiento mutuo.

Factores que interactúan en la deshumanización. En ocasiones, el contexto dificulta la relación enfermera-paciente y la deshumanización del cuidado aparece como un asunto multifactorial. Profesionales y estudiantes del área de la salud, han tratado de encontrar y explicar las causas a la pérdida de humanismo en el ámbito asistencial. Médicos, enfermeras y docentes en España y otros países, se preguntan y reflexionan continuamente sobre qué, quién o quiénes son los responsables de que el paciente haya dejado de ser el centro, el fin en sí mismo de la asistencia sanitaria y se convierta en un medio, vulnerando su dignidad (Barnard y Sandelowki, 2001; Arroyo, 2001; Quero, 2004; Hospital y Gua-

llart, 2004). Estas autoras coinciden, como veremos, en que existen múltiples factores que interactúan entre sí en la deshumanización del cuidado, además, en que la responsabilidad de tal fenómeno es compartida por el entramado social, la estructura sanitaria, la formación académica, la hegemonía técnica y el propio paciente.

Entramado Social

Sobre el entramado social, puede decirse que el proceso de globalización ha desencadenado en un choque de valores entre la cultura empresarial de las instituciones sanitarias y las instancias sociopolíticas. La primera promueve valores como la tenacidad, la eficiencia y la lealtad y las otras, la participación, el respeto, el bien común y la equidad. Estas variables resultan contrapuestas (Hospital y Guallart, 2004). Al parecer, a nivel general, predominan valores técnicos-científicos y otros intereses sobre la calidad y la calidez que debería imperar en la atención sanitaria. El entramado social no se refiere a un área local específica. Relaciones virtuales protagonizan la actual era tecnológica, donde satélites actúan como nodos de una red universal que difunde, fomenta y sostiene la idea de que las personas sólo son importantes en la medida que responden, de manera útil, a un pedido social con base a cánones establecidos de productividad. Es probable que las organizaciones e instituciones de salud no sean ajenas a estos preceptos y se sumen a ellos mediante la realización de la práctica sanitaria indiferente.

Estructura sanitaria

En la organización y funcionamiento en el interior de las estructuras sanitarias, se encuentran algunos factores que influyen en la práctica deshumanizante. Entre ellos destaca que el hospital funciona, en general, de la misma manera para todos los pacientes, por tanto, no hay asistencia individualizada. La persona enferma, al ingresar a un servicio sanitario, pierde su identidad y se le reconoce como carga y estadística (Hospital y Guallart, 2004). Por ejemplo, puede adoptar la identidad de diabético, infartado o amputado y hacer parte de tablas y porcentajes hospitalarios.

Un estudio realizado por enfermeras en el servicio quirúrgico de un hospital en Brasil, da cuenta de cómo durante la estancia del paciente, se ignoran sus problemas individuales y es tratado como un caso más, de tal manera que, su trato y tratamiento es impersonal (Heluy de Castro y cols, 2004). Al no conocer las necesidades individuales del paciente y sólo considerar las relativas a su dolencia, aplicando protocolos y guías generales de atención, se está restando importancia y reconocimiento a la persona que requiere cuidado.

Otro factor deshumanizante en la estructura sanitaria, lo representa las estrategias de gerencia y gestión puestas en marcha por las instituciones de salud. Las altas tecnologías, producto de la prioritaria inversión de las instituciones para modernizar los servicios asistenciales y proporcionar diagnósticos y tratamientos "oportunos", pueden introducir graves desequilibrios en la vida humana, provocando consecuencias desastrosas al aplicarse simplemente porque se dispone de ellas, no porque las necesidades individuales del enfermo las justifiquen (Escudero, 2003; Hospital y Guallart, 2004). Favorecer la atención centrada en la tecnología más que en la persona, conduce a los profesionales de la salud a perpetuar del fenómeno deshumanizante en los medios ambientes sanitarios.

Igualmente, los sentimientos de frustración y descontento que genera en el personal de salud la dirección de la institución basada fundamentalmente en el centralismo, así como criterios economicistas de productividad, eficiencia y competencia, como el aumento de número de pacientes y la rotación constante del personal, por citar algunos, diluyen el compromiso con el cuidado, incidiendo en la deshumanización (Hospital y Guallart, 2004; Escudero, 2003). El afán competitivo en términos de eficiencia, y las relaciones de poder que pueden tener lugar dentro de la institución, obstaculizan la relación entre la enfermera y el paciente, anula la comunicación efectiva entre ambos y sólo tiene cabida la ejecución de técnicas, así que no hay tiempo para conocer y menos para responder a las necesidades no fisiológicas. No hay tiempo para el cuidado y la atención es im-

personal (Hospital y Guallart, 2004; Kérouac et al, 1996). Un eslabón más en esta cadena de factores deshumanizantes es la rutina y la desmotivación en la que suele entrar el profesional de salud (Hospital y Guallart, 2004). Es posible que una relación fundada en la rutina, la indolencia e indiferencia, despoje al paciente de su dignidad y haga que la enfermera pierda su self.

Formación y Práctica Enfermera

La formación centrada en el desarrollo de habilidades técnicas, con escasos contenidos filosóficos o antropológicos humanistas tiene como resultado, profesionales con elevado saber científico y gran pericia técnica, pero a veces, incapaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma (Santos, 2001). Además de conocimientos científicos y técnicos, las enfermeras requieren lo que Arroyo (2001) llama algo más, y que define como valores. La importancia de los valores en la profesión de enfermería puede asentarse, como bien explica Collière (1982), en que la enfermería es una profesión cuyas claves son los comportamientos y las actitudes. Es decir, el cuerpo sólido de conocimientos propios de la formación en enfermería, parece requerir de cierto sustrato para que el cuidado sea natural y dignificante, es posible que tal esencia sean los valores que una vez aprehendidos son practicados.



La aparente carencia de contenidos filosóficos en los currículos académicos no es el único factor deshumanizante que se deriva de la formación de los profesionales. Los programas académicos están paralelamente acompañados por el denominado "currículo oculto", el cual, no consta en el diseño ni objetivos de los cursos. De este no se tiene conciencia, así mismo, es inevitable y muchas veces incongruente con los objetivos del programa (Escudero, 2003). El currículo oculto son las actitudes, expresiones y actuaciones

que pueden identificar, y aprender de manera espontánea los estudiantes de sus profesores. Por tanto, al no contar con una formación ideológica clara en los cuidados de enfermería, el profesional estará inmerso en medio de sistemas y valores que interactúan e interfieren mutuamente, así que, el cuidado de enfermería puede adoptar cualquier orientación o cualquier influencia (Collière, 1982). La atención generalizada y el trato impersonal es una de las orientaciones que puede adoptar la enfermera, respondiendo a los valores e intereses competitivos y economicistas de las organizaciones. Sin embargo, el profesional con valores propios, ha de ser capaz de cambiar la situación cuando los sistemas e intereses institucionales no muestren respeto por la dignidad humana (Arroyo, 2001).

Hegemonía técnica

El papel de la técnica dentro del fenómeno de deshumanización de los cuidados, parece presentar cierta hegemonía en la formación y la práctica de las enfermeras. La técnica se refiere a la formación de un sistema comprendido por estructuras humanas, organizativas, políticas y económicas, cuyo propósito es una absoluta eficiencia de los métodos y los medios (Barnard y Sandelowski, 2001). Diferentes aspectos de la enfermería y la atención en salud están determinados de acuerdo con las demandas técnicas. Barnard y Sandelowski (2001), afirman que la técnica ha estructurado, cada vez más, la conducta humana colectiva y ha influido en las vidas individuales, las culturas y las perspectivas profesionales. También señalan, que la técnica no atiende a fenómenos como la diferencia individual y cultural y que el propósito de la técnica es reproducirse a sí misma, es el centro de su propia atención.

Para estas autoras, los protocolos que se plantean para enseñar el cuidado de enfermería, facilitan el aprendizaje y desarrollo de técnicas, no el aprendizaje de lo que es verdaderamente el cuidado. Además argumentan: "Debido a la técnica puede haber un sobre énfasis de la eficiencia, la especialización de la práctica y el desarrollo de la conformidad y la homogeneidad del producto, en el proceso y en el pensamiento (...) es la técnica,

no los objetos tecnológicos lo que debemos confrontar ya que hemos delegado a la técnica el poder de la toma de decisiones y nos hemos apoyado en la técnica para desarrollar nuestro estatus profesional." (Barnard y Sandelowski, 2001: 373).



Según Collière (1982), desde finales del siglo XIX las nuevas formas de organización del trabajo, han empobrecido gradualmente los cuidados de enfermería, convirtiéndolos en actos aislados, estereotipados y casi ficticios, con efectos para los pacientes y para el cuidador, quien cada vez está menos implicado en el proceso de relación interpersonal que sustenta su profesión. Parece que el cuidado ha quedado reducido a la sola ejecución de técnicas.

Es así como la enfermería es identificada socialmente más como un oficio técnico y tecnológico que profesional. Consecuentemente, la equiparación de la enfermería con un hacer técnico, puede explicar en parte, la razón por la que carga con la responsabilidad de la deshumanización, despersonalización y cosificación de los pacientes, es decir, con la privación del reconocimiento de su individualidad y dignidad humana (Barnard y Sandelowski, 2001).

La atención de enfermería centrada en el paciente, no tiene cabida en el culto a la técnica, donde la enfermera se ve y es vista, sólo como ejecutora de procedimientos. Esto se ilustra claramente cuando Quero afirma que en España, "la sanidad y los cuidados se medicalizaron hasta tal punto, que los que debimos ser "cuidadores de hombres y de mujeres", enfermeros y enfermeras, perdimos nuestra identidad y nos convertimos en Ayudantes Técnicos Sanitarios... sin apenas identidad profesional" (2004: 57). Al estar supeditado

a la estructura organizativa de la institución sanitaria y carecer de identidad, parece que el profesional es degradado a mero instrumento, de esta manera, fácilmente tratará como objetos a cuantos de él dependen cumpliendo con los objetivos de eficiencia y productividad institucionales.

El paciente

El cuidado no se da en el vacío, tiene lugar en un contexto y en redes de relaciones. Por tanto, también existen elementos que dependen del paciente y que operan en concierto con los demás aspectos ya citados en el escenario sanitario de la práctica deshumanizada. Entre ellos están su falta de confianza en el personal y sus elevadas expectativas de curación en entorno a los desarrollos y adelantos tecnológicos que restan importancia al cuidado (Santos, 2001). El paciente parece centrar su atención, confianza e interés en los aparatos tecnológicos que le rodean y no en los profesionales que le cuidan.



Como expresa Bermejo "El enfermo y el profesional se encuentran unidos solamente por aparatos, tubos y demás instrumentos terapéuticos, paulatinamente se ha ido depositando la confianza en los medicamentos e instrumentos accesorios en lugar de en la persona" (2003: 18- 19). Es posible que el elevado interés y confianza del paciente en la tecnología para su curación, le distancie de la enfermera y sólo puede relacionarse con ella como si ésta formara parte del instrumental y la maquinaria que tiene a disposición para la satisfacción de sus necesidades.

La tecnología como medio en la humanización de los cuidados. En ocasiones, por una necesidad sentida, las personas se tratan a sí mismos como objetos, separando su esencia humana de su cuerpo, lo que les permite vivenciar tratamientos y procedimientos

invasores, tal como la repetitiva exploración vaginal e inseminación artificial a una mujer infértil que se somete a tratamiento para alcanzar la maternidad (Barnard y Sandelowski, 2001). Desde esta perspectiva, parece que la paciente al percibirse como objeto, distinto a que sea tratada como uno, le facilita la experiencia de tratamiento. En este caso, hacer realidad el deseo humano de ser madre, como en otros casos, la tecnología es el único medio que lo permite. De esta manera, la tecnología o un artefacto tecnológico, no es negativa en sí misma, lo que le da un determinado significado es su uso y aplicación, es el contexto, quien lo usa y quien lo necesita (Barnard y Sandelowski, 2001). Estas autoras explican que una vez finalizado el tratamiento de fertilidad para lograr el embarazo y nacimiento del hijo, el cuerpo de la mujer deja de ser objeto para ella misma y nuevamente recupera su auto reconocimiento de ser humano (Barnard y Sandelowski, 2001). En síntesis, parece que los profesionales al igual que los instrumentos, se encuentran al servicio de los pacientes. En conjunto, los conocimientos de los profesionales, las técnicas e instrumentos se emplean para la satisfacción de una necesidad humana. De esta manera, aunque el paisaje sea altamente tecnológico, una relación terapéutica humanizada puede tener lugar dignificando el contexto, es decir, reconociendo la dignidad humana del paciente (García y Alarcos, 2002).

La enfermera se encuentra en un lugar privilegiado con respecto a la tecnología y el paciente y puede hacer la diferencia entre la atención humanizada y la que no lo es. Como señalan Barnard y Sandelowski: "la enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientes tecnológicos (...), se ve a sí misma como mediadora entre dos fuerzas aparentemente irreconciliables y distintas, la humanidad y la tecnología" (2001: 371- 372). La deshumanización se caracteriza, entonces, por el trato a los pacientes como extensiones de la maquinaria, no como lo que son, usuarios y beneficiarios de la misma.

Si bien es cierto que la tecnología facilita la manera de realizar un trabajo, el carácter humanizante o deshumanizante de los cuidados mediados por instrumentos tecnológicos parece ser otorgado por el significado cultural que se le atribuye al contexto de uso, a la acción e intención de quien conoce y opera los distintos instrumentos y a la aceptación que haga el paciente o usuario de esos recursos tecnológicos. Es decir, es la elección y la interpretación cultural lo que determina lo que es o no es humano y lo que está o no humanizado (García y Alarcos, 2002). De esta manera, la deshumanización del cuidado en ambientes tecnológicos, al parecer no se debe a la tecnología en sí misma, sino, a lo que se entiende por atención humana, natural y digna.

La tecnología no es necesariamente opuesta a la atención humanizada, más bien, es complementaria (Barnard y Sandelowski 2001; Escudero, 2003). Mediante el uso, los artefactos son, de cierta manera, dotados de humanidad por su usuario, quien en definitiva, es el que determina como relacionarse con el instrumento y con el paciente. Por lo tanto, la tecnología puede en sí misma ser un factor humanizante. Desde esta óptica, algunos autores insisten en que son las personas o grupos culturales quienes definen lo que es humano dentro de una relación, y definen también lo que es tecnología (Barnard y Sandelowski, 2001).

Como explica Bermejo (2003), en el ámbito clínico, es plausible que el principal elemento deshumanizador del cuidado, sea el aumento de las relaciones funcionales más que personales. En general, para lograr la atención humanizada en medios tecnológicos, se requiere que la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados de enfermería, no se disocie del soporte de la relación interpersonal (Barnard y Sandelowski, 2001).

Conclusiones

Después de Nightingale, se inician las teorías y modelos en enfermería con Peplau en 1952 y su teoría de las relaciones interpersonales, la cual se caracteriza por un invaluable contenido humanista de aplicación en enfermería a

todos los niveles. A partir de aquí, en los modelos y teorías de enfermería ha sido un tema de interés la humanización de los cuidados (Kérouac et al, 1996).

El fenómeno de deshumanización de los cuidados, como se ha tratado de mostrar, es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes que se desprenden en parte, del orden social y de la dinámica y organización de las instituciones sanitarias, otros de la formación y consecuente práctica de los profesionales y algunos más de los pacientes. Es posible que exista sinergismo entre los factores deshumanizantes y se encuentren conectados unos a otros, como causas y consecuencias unos de otros. Por todo esto, humanizar la salud, es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria y la formación de los profesionales (Bermejo, 2003). Así pues, los valores humanistas deben formar parte de los contenidos de planes académicos, para que en conjunto con los conocimientos científicos y técnicos, el profesional se relacione de manera interpersonal con el paciente.

La teoría de Peplau, en este sentido, es una propuesta válida para su uso tanto en la formación como en la práctica profesional de las enfermeras. Conferir significado a la relación enfermera-paciente y que el cuidado sea digno, dentro de un contexto tecnológico, es decir, centrado en el paciente y no en lo accesorio, sólo requiere del encuentro entre un profesional con formación humanista, es decir, capaz de elegir sus fines y decidir cuales son los medios más idóneos para conseguirlos, transformando si es necesario, su propio medio y cambiándose a si mismo (García y Alarcos, 2002), y el paciente con confianza en el personal que le atiende.

En definitiva, la humanización del cuidado en contextos tecnológicos en gran medida requiere el reconocimiento de los avances y desarrollos tecnológicos como medios, no fines, para la atención y el cuidado de las personas. La tecnología a veces, es el único medio por el cual se pueden satisfacer deseos humanos, por lo tanto no es la tecnología la

responsable de la pérdida de humanidad en los ambientes tecnológicos, al parecer la responsabilidad descansa más en la técnica.

La calidad del encuentro entre la enfermera y el paciente hace la diferencia entre una práctica humanizada y otra instrumental, por esto, una relación interpersonal, más allá de la ejecución de procedimientos y técnicas, es como lo explica Peplau (1990), una oportunidad de crecimiento y maduración para el paciente y la propia enfermera. La teoría de las relaciones interpersonales, puede servir como pilar en el cual sustentar las actuaciones de la enfermera y conferir significado a su relación con el paciente.

Por último, dejar de abrazar la técnica y lograr el compromiso con el cuidado, estableciendo una relación centrada en el paciente y no en la tecnología, es en definitiva el objetivo para la atención humanizada y en esto resulta fundamental una comunicación clara y fluida, que permita las fases del proceso de relaciones identificadas y descritas por Peplau para quien, como se ha dicho, la enfermería es un proceso importante, terapéutico e interpersonal que hace posible la salud (1990).

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo Gordo M^a (2001). Calidad y Humanización de los Cuidados. *Metas de Enfermería*, 39:26-31.
2. Barnard A, Sandelowski, M (2001). Technology and humane care: (ir) reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3):367-375.
3. Bermejo Higuera J (2003). Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana. Madrid: San Pablo.
4. Collière M (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw- Hill/Interamericana.
5. Escudero Rodríguez B (2003). Humanismo y Tecnología en los Cuidados de Enfermería desde la Perspectiva Docente. *Enfermería Clínica*, 13 (3):164-170.
6. García Férez J, Alarcos Martínez F (2002). Diez palabras clave en humanizar la salud. Navarra: Verbo Divino.
7. Heluy De Castro C, De Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M (2004). Huma-

nización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. *Index de Enfermería*, 13:44-45.

8. Hospital Ibáñez M^a, Guallart Calvo R (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso Final de la Vida. *Index de Enfermería*, 46 (13):49-53.
9. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F (2001). *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
10. Marriner Tomey A, Raile Alligood M (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Quinta edición. Madrid: Mosby.
11. Peplau H (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.
12. Quero Rufián A (2004). Formación, humanismo y humanización. *Metas de Enfermería*, 7 (3): 55-58.
13. Santos Hernández A (2001). Humanización de la Atención Sanitaria, Retos y Perspectivas. [sitio en internet] Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=754843&orden=38064&info=link> [Acceso el 20 de marzo 2007].
14. Simpson H (1992). *Modelo de Peplau. Aplicación Práctica*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.



De la mano cuidando la salud