



ARTÍCULO ESPECIAL

Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad



Mercedes Vacas Guerrero

Dirección de Enfermería, Hospital Sant Joan de Déu, Palma de Mallorca, España

Recibido el 15 de octubre de 2013; aceptado el 14 de noviembre de 2013
Disponibile en Internet el 16 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Cuidado al final de la vida;
Cuidados paliativos;
Enfermedad crónica avanzada;
Ética de los cuidados;
Cuidados de enfermería

KEYWORDS

End-of-life care;
Palliative care;
Advanced chronic patients;
Ethics of care;
Nursing care

Resumen Existe un creciente número de personas con condiciones de salud crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa que fallecen sin haberles ayudado a satisfacer sus necesidades sanitarias y sociales. Este es motivo suficiente para redefinir los modelos tradicionales de atención con vistas a centrarlos en la persona, más que en la enfermedad. En estos nuevos modelos el protagonismo de la Enfermería es incuestionable para promover un enfoque basado en la atención integral, la coordinación y la continuidad, y el nivel sociosanitario puede ser el camino adecuado para responder a la atención de las personas que precisan cuidados complejos de larga duración.

La aportación enfermera en la etapa final de la cronicidad se concreta en el valor de los cuidados. Cuidar a una persona es preocuparse de ella, y esto tiene que ver con la actitud, el compromiso y la responsabilidad. Mediante las tareas cotidianas en el cuidado de la persona que vive una situación de extrema vulnerabilidad, es posible contribuir a que se sienta acogida, confiada, a aliviar su sufrimiento, respetar su autonomía y ayudarle a encontrar sentido y esperanza. A través de los gestos, palabras y miradas que acompañan a estos cuidados es posible preservar la sublime dignidad de la persona.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Adding value to the care at the final stage of chronic diseases

Abstract There is a growing number of people with advanced chronic health conditions and with palliative care needs who die without their health and social needs satisfied. This is enough to redefine the traditional models of care in order to focus on the person, rather than on the disease. In these new models, the important role of nursing is unquestionably to promote an approach based on comprehensive care, coordination and continuity, and at a social health level appropriate to respond to the care of patients who require complex long-term care.

The nurse contribution in the end stages of chronic conditions must be in the value of care. Taking care of someone is to be concerned about them. And this is related to attitude, commitment and responsibility. In the care of patients who live in a situation of extreme vulnerability,

Correo electrónico: mvacas@ohsjd.es

it is possible to help them feel warmth, confident, relieve their suffering, respect their autonomy, and help them find sense and hope, through daily tasks. With gestures, words and facial expressions that go with this care, it is possible to preserve patient dignity.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Aunque el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas están afectando claramente a los servicios sanitarios y sociales, las organizaciones sanitarias no se están adaptando al mismo ritmo para cubrir las necesidades derivadas de la cronicidad y continúan potenciando los procesos agudos y episódicos, como en el caso de las personas mayores, que a pesar de saber que fallecen, cada vez más como resultado de enfermedades crónicas graves y que sus necesidades de atención sanitaria y social varían en la etapa final de la cronicidad, la evidencia muestra que muchas de esas necesidades no se satisfacen¹.

En España, según la Encuesta Europea de Salud 2009², el 86,47% de las personas de 75 y más años declara tener al menos una enfermedad crónica. La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud³ indica que el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han condicionado que el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas. Además, según la estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi⁴, entre los mayores de 65 años es común encontrar personas con múltiples enfermedades crónicas. Esta estrategia también indica que estos pacientes presentan un riesgo mayor de sufrir algún tipo de discapacidad y de mortalidad. Asimismo, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas⁵ señala que la edad se relaciona con un número creciente de enfermedades crónicas y que el desafío que se ha de afrontar es el de la cronicidad, como concepto más amplio que excede los límites tradicionales de la atención a la salud. El creciente número de personas mayores con condiciones de salud crónicas avanzadas hace necesario redefinir los modelos tradicionales de atención para centrarlos en la persona, más que en la enfermedad. Como señala la filósofa Victoria Camps⁶ son personas y quieren ser tratadas como tales, no como meros casos de una determinada enfermedad. Es por esto que los modelos de atención en la etapa final de la cronicidad adquieren nuevas características: contemplan los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales y conciben los cuidados de forma integrada y continuada desde el respeto a la dignidad de la persona y la promoción de una calidad de vida que responda a la dignidad intrínseca del ser humano.

El proceso de adaptación a la cronicidad

El proceso de adaptación de las organizaciones sanitarias a las necesidades derivadas de la cronicidad conlleva la

modificación de las competencias de muchos profesionales, entre ellos las enfermeras. En este sentido, vemos que el progresivo incremento de las enfermedades crónicas determina que, cada vez más, el valor «curación» vaya dejando paso al valor «cuidados». Así lo señala el Documento de consenso sobre la atención al paciente con enfermedades crónicas del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria⁷. Según añade, en la adecuada prestación y coordinación de los cuidados el protagonismo de la Enfermería es algo incuestionable. Además, este informe destaca que es preciso aumentar las competencias, la responsabilidad y el prestigio profesional de las enfermeras para promover un sistema de atención basado en la atención integral y la continuidad asistencial. De esta manera, se refuerza el paradigma de un paciente informado, activo y comprometido que toma las riendas de su enfermedad.

Los referentes fundamentales de la atención a la cronicidad, como el modelo de cuidados de enfermedades crónicas, también recoge esta idea. El modelo, iniciado hace más de 20 años por Edward Wagner y asociados en Seattle (EE. UU.) y adaptado por diferentes países y organizaciones, plantea la atención a la cronicidad en 3 planos que se superponen. La clave está en la creación de interacciones positivas entre un paciente informado y activo con un equipo preparado y proactivo. Otro referente es el modelo de la pirámide de riesgo, creado por la organización Kaiser Permanente, que identifica 3 niveles de intervenciones según el grado de complejidad. El enfoque principal de ambos modelos se dirige hacia el paciente crónico activo y experto que aprende a vivir con sus limitaciones, pero controlando por sí mismo su situación desde la autogestión y el autocuidado^{8,9}.

La atención a la cronicidad en el ámbito sociosanitario

Adaptar un sistema de salud fragmentado para mejorar la gestión de las condiciones de salud crónicas que necesitan cuidados complejos y prolongados es un cambio difícil. Afortunadamente, como hemos visto, van apareciendo iniciativas que apoyan modelos de integración de los cuidados. También la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó el modelo de cuidados de enfermedades crónicas y planteó el modelo de cuidados innovadores para las condiciones crónicas. Entre otros aspectos, este modelo resalta la coordinación como una herramienta esencial para evitar la fragmentación y asegurar la continuidad de los cuidados. Desde la propia OMS han surgido estudios sobre la integración de la provisión de servicios que reconocen que

una visión holística de la salud requiere una atención integrada¹⁰. Una atención, podríamos decir, que promueva la atención al paciente en el nivel asistencial más conveniente a su situación y que esta sea realizada por el profesional más adecuado a sus necesidades.

En este sentido, ya que uno de los fundamentos de la atención integrada es la coordinación de los cuidados alrededor de las necesidades del paciente, el nivel de atención sociosanitaria puede responder a la atención integral de las personas que presentan enfermedades crónicas avanzadas, con frecuencia acompañadas de dependencia o discapacidad, y precisan cuidados complejos de larga duración. Ya hace una década que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹¹ definió la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinado a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sociales y sanitarios para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

No obstante, aún queda mucho camino para que se produzca de manera efectiva esa atención integral centrada en la persona, especialmente en situaciones de complejidad o en la etapa final de la cronicidad. Con frecuencia las personas que viven estas situaciones transitan de un centro a otro porque no está claro dónde o quién pueden atenderles, lo que suma impotencia, insatisfacción, duplicidades y demoras a la ya por sí compleja situación.

Los cuidados en la etapa final de la cronicidad

Los cuidados al final de la vida se iniciaron en España hace ya más de 25 años, orientados principalmente a la enfermedad oncológica terminal. Con el paso del tiempo la atención paliativa ha alcanzado un alto nivel de desarrollo, conocimientos y satisfacción de pacientes y profesionales. No obstante, aunque el 75% de las personas fallecen por enfermedades crónicas avanzadas y necesidades de atención paliativa¹², este tipo de atención continúa siendo muy escasa a pesar de que estas personas se acercan a la etapa final de la cronicidad acompañadas de múltiples problemas, dependencia y vulnerabilidad. Nos encontramos, por tanto, ante muchos pacientes y familiares que también necesitan calidad de vida, alivio del dolor y apoyo emocional. Sin embargo, es frecuente pasar del tratamiento con intención curativa o de prolongación de la vida a toda costa directamente a la muerte del paciente, sin haberle ayudado, ni a él ni a su familia, a elaborar las muchas y complejas emociones y a afrontar esa etapa de la vida tan esencial e inevitable como difícil a la vez.

Si los cuidados paliativos dirigidos a los pacientes que padecen cáncer han introducido valores relevantes al plantear una atención integral basada en las necesidades, la toma de decisiones centrada en la ética, el trabajo en equipo y el respeto a la autonomía y dignidad¹³, también es necesario que dichos cuidados formen parte de los servicios de salud que se prestan a las personas que padecen y mueren por avanzados problemas crónicos de salud y que estos cuidados se incorporen de manera progresiva, según las necesidades del paciente y de la familia, en esa etapa final de la cronicidad. En este contexto hay que tener presente

que para los pacientes en la fase final de la enfermedad y su familia la atención paliativa en el domicilio adquiere cada vez más valor¹⁴, siendo las enfermeras de atención primaria clave en la atención domiciliaria para asegurar los servicios necesarios de manera integral y segura.

Para hacer posible este modelo de atención integral centrada en la persona es preciso una transformación de toda la organización, con la implicación y el compromiso de todos sus agentes. No se puede hablar de atención centrada en las personas sin organización centrada en las personas; y un aspecto clave para llevarlo a la práctica es que se sustente en unos principios y valores compartidos por la mayor parte de sus miembros. Estos principios y valores son los que asegurarán de manera efectiva la preservación de la dignidad de la persona a la que se atiende dentro de un entorno de respeto, hospitalidad y confianza.

¿Es posible la autonomía en la etapa final de la cronicidad?

Conforme avanza la situación del paciente hacia la situación terminal o etapa final de la cronicidad se van añadiendo más problemas (gran impacto emocional, temores, angustia, etc.) que se suman a la fragilidad y labilidad del ser humano ante la proximidad de la muerte. En estos momentos de extrema vulnerabilidad, además de que el cuidado continúa siendo relevante, comienza a ser necesario tomar decisiones. Surgen consideraciones éticas y nuevas preguntas. ¿Cómo podemos seguir respetando la autonomía en esta situación donde la debilidad física se une a la debilidad moral, donde la persona se va sumiendo en un estado de total dependencia y se abandona a otras manos? No es de extrañar que surjan conflictos de valores porque principios que han de respetarse no pueden ser considerados a la vez. La profesora Begoña Román¹⁵ explica que la autonomía es siempre dependiente de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Según añade, la mengua de grados de autonomía fruto del aumento de debilidad, fragilidad y dependencia no puede suponer una mengua en la dignidad y el respeto a la persona, aunque ya no haya capacidad de autodeterminación, dadas las ineludibles tiranías del cuerpo, del dolor y de la muerte.

Sin duda, una buena forma de anticiparse es decidir mediante la planificación de cuidados o el documento de voluntades anticipadas cómo queremos que sea esa etapa final en caso de no tener capacidad para expresarlo en ese preciso instante. La relación que se establece entre el paciente activo y comprometido y el equipo preparado y proactivo antes comentada es clave para iniciar el proceso de planificación anticipada de las decisiones. Siempre existe algún miembro del equipo que atiende habitualmente al paciente, conoce sus necesidades y expectativas y ha establecido una relación de confianza, que puede plantear esta cuestión en el ámbito de la atención integrada.

Porque cuidar a una persona, además de proporcionarle cuidados o realizar actividades para ella, es preocuparse de ella. Y esto tiene que ver con la actitud, el compromiso y la responsabilidad. Este significado de cuidar basado en la relación está adquiriendo una especial importancia en los últimos años. Así, la profesora Lydia Feito¹⁶ señala que el cuidado es responsabilidad, atención a las necesidades

de los otros y valoración de las relaciones interpersonales. Además, añada que el cuidado es clave en la relación humana porque la situación vital de vulnerabilidad exige evitar el daño, ayudar al otro y conceder el papel que le corresponde a los sentimientos, porque no cabe un mero análisis racional para tomar decisiones morales.

El valor del cuidado enfermero en la etapa final de la cronicidad

Al ser los cuidados la esencia de la disciplina enfermera y el marco de su ámbito competencial, la aportación enfermera en la etapa final de la cronicidad se concreta en el valor de los cuidados, especialmente cuando la enfermera recupera la orientación cuidadora y vuelve a situar los valores profesionales dentro del único contexto que les da todo su sentido: el contexto del proceso de vida y de muerte, que es donde la profesora Marie Françoise Collière¹⁷ situó la naturaleza de los cuidados hace ya 2 décadas.

Desde esta perspectiva el ejercicio de cuidar adquiere otra dimensión; va más allá, de satisfacer las necesidades consideradas básicas para la vida centrándose en ayudar a la persona a vivir su muerte. Cuidar, indica la enfermera Anna Bonafont¹⁸, es tratar de crear las condiciones necesarias en el entorno, pero también adoptar actitudes de acompañamiento y soporte para facilitar que la persona cuidada pueda conducir su vida en función del propio criterio.

Expresado de este modo, los cuidados enfermeros al final de la cronicidad se centran en la persona, respetando sus decisiones, abordando todas las dimensiones y destacando lo terapéutico que puede llegar a ser la cotidianidad y lo que es significativo para la persona, sabiendo que cada persona es única y sus condiciones diferentes y cambiantes.

Con estas premisas y con el fin de asegurar que la persona necesitada de cuidados al final de la cronicidad reciba el mejor cuidado posible, no se pueden separar las intervenciones clínicas que realiza la enfermera dirigidas al control de síntomas, seguimiento evolutivo y administración de tratamientos de los cuidados de mantenimiento de la vida hasta el último momento. Pero «tratar», siguiendo a Collière¹⁷, no podrá jamás suplir a toda esta movilización de las capacidades de vida que representa «cuidar».

Las intervenciones relacionadas con la administración de los medicamentos, los procedimientos, las técnicas, son importantes para el alivio del dolor y el control de los síntomas, pero no pueden ser excluidos los cuidados de relación y preocupación por la persona. Puede que la muerte esté próxima, pero no significa que se pare la vida, que desaparezca todo lo que le da sentido: los seres queridos, los recuerdos, las fotografías, la luz, sus cosas... Cuidando lo cotidiano y lo cercano, favoreciendo la escucha, el intercambio, prestando atención a las emociones, ayudando a la persona a movilizar las capacidades y a mantener las relaciones significativas, podemos ayudarla a seguir viviendo incluso en el proceso de muerte. Es ahí donde podemos encontrar el valor del cuidado y donde la enfermera aporta un valor cualitativo inestimable al proceso de atención.

¿De qué puede servir un procedimiento técnico o la monitorización de los signos vitales si no se responde a la vez a las necesidades cotidianas, de relación y emocionales? En este sentido, en la etapa final de la cronicidad, los

cuidados corporales adquieren un especial significado. Es a través del cuerpo que cuidamos a la persona. Collière¹⁷ nos invita a descubrir las propiedades del cuerpo: energéticas, propioceptivas o térmicas. Para ella el cuerpo sigue siendo el vehículo principal de los cuidados, en el sentido de que es el mediador de los cuidados, apoyándose en lo que entiende Mac Luhan¹⁹ de que el medio influye en cómo se percibe el mensaje.

Porque a través del cuerpo sentimos, expresamos las emociones y nos interrelacionamos. El neurólogo Antonio Damasio²⁰, corrigiendo a Descartes cuando señaló *pienso, luego existo*, dice que lo correcto sería decir *siento, luego existo*. Cuando el ser humano vive una condición de extrema vulnerabilidad el lenguaje corporal pasa a un primer plano, siendo los cuidados corporales los que marcan los momentos clave de la comunicación a través del diálogo que se establece con las miradas y las manos. El filósofo Francesc Torralba²¹ sostiene que cuanto más próxima vive el ser humano la muerte, más desnudo se presenta a su prójimo. Tal y como señala, el lenguaje no verbal, esto es, el gesto, la mirada y el silencio, ocupan un lugar trascendental en el acto de cuidar. Si como podemos ver la comunicación es fundamental en estos momentos, aunque el lenguaje verbal no se pueda comprender, se puede continuar manteniendo el diálogo a través del lenguaje corporal. Los sentidos basales como el contacto, la vibración y la percepción de la posición espacial están activos hasta la muerte²².

Con las manos podemos establecer un diálogo basado en el contacto. Podemos calmar, aliviar, tonificar, transmitir afecto y una sensación agradable con efectos sedantes o estimulantes, según sea necesario. También con las manos colocamos meticulosamente las almohadas o la ropa de la cama buscando la postura más cómoda, realizamos el cuidado de la boca que le refresca y atenúa la desagradable sensación de sequedad o el cambio del pañal realizado con respeto y sensibilidad. Son momentos de cuidados fundamentales en la relación de la enfermera con la persona cuidada.

Otro punto a tener en cuenta es la habitación del paciente, que también puede estar llena de vida a partir de las cosas personales que le rodean, la luz, la vista desde la ventana o la brisa que mueve las cortinas. Cuidemos también todas esas pequeñas cosas que representan para la persona algo entrañable que no desearía perder. Cosas que pueden parecer tan poco importantes adquieren en estos momentos una importancia decisiva.

Mediante estas tareas cotidianas en el cuidado del ser humano que vive una situación de extrema vulnerabilidad, como es la proximidad de la muerte, es posible contribuir a que la persona se sienta acogida, confiada, a aliviar su sufrimiento, a respetar su autonomía, deseos y valores y a ayudarle a encontrar sentido y esperanza.

A pesar de que estos cuidados de relación con la persona cuidada son los que dan el sentido humano a la práctica enfermera, no siempre son reconocidos. A menudo, son «invisibles», según los definió Collière²³ en 1986, o tienen lugar en la «zona oscura» que denominó la profesora Rosamaría Alberdi²⁴ en 1992 y que en los últimos años han recuperado otras autoras²⁵. Según el profesor Diego Gracia²⁶ hay cosas que son, para la generalidad de los seres humanos, inapreciables, lo cual no significa que no tengan valor, sino que lo tienen en grado sumo. Se las estima como tan

valiosas que no pueden cambiarse o permutarse por ninguna otra. Cuando se dice que son cuidados invisibles, es porque son incontables o, retomando las palabras de Diego Gracia, inapreciables, lo cual no significa que no tengan valor. A través de los gestos, las palabras, el contacto y las miradas que acompañan a los cuidados de cada día es posible preservar la sublime dignidad de la persona.

Tal vez debemos seguir avanzando en sacar a la luz lo esencial de la disciplina enfermera, teniendo claro su centro de interés y llevando a la práctica los valores profesionales enfermeros, un aspecto clave para aclarar la identidad de los cuidados, su naturaleza, razón de ser, significado y valor social. Estos valores profesionales, históricamente arraigados en un sistema sólido de valores humanísticos, son los que configuran el sentido profesional y, conjuntamente con los conocimientos, actitudes y habilidades, especifican la aportación profesional enfermera a los cuidados en la etapa final de la cronicidad.

Conflicto de intereses

La autora del manuscrito declara la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

- World Health Organization. Mejores cuidados paliativos para personas mayores. Ginebra: OMS; 2004.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [acceso 2 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- Osakidetza Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasc - Dpto. de Sanidad y Consumo; 2010.
- Consejería de Salud. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012.
- Camps V. El valor y el ejercicio del cuidado. En *INSERSO. Libro blanco sobre el envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Grupo de trabajo de la SEMI y la SEMFYC VV.AA. Documento de consenso Atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla: MERGABLUM; 2011.
- Ollero M. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos. Granada: EASP; 2009 [acceso 5 Sep 2013]. Disponible en: http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos_-Ollero-Baturone-M.pdf
- Bengoa R, Nuño R. *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- Nuño R. *Exploración conceptual de la atención integrada*. En: Bengoa R, Nuño R, editores. *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128 29-05-2003.
- Instituto Catalán de Oncología. Principios básicos de la Atención paliativa de personas con enfermedades crónicas evolutivas y pronóstico de vida limitado y sus familias. Barcelona: Instituto Catalán de Oncología; 2011 [acceso 4 Jul 2013]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/ICO/Professionals/Documents/QUALY/Arxius/DOC.PRINCIPIOS%20BASICOS%20DE%20LA%20ATENCIÓN%20PALIATIVA%20VF.pdf>
- Gomez Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjernsward J. *Organización de servicios y programas de cuidados paliativos*. Madrid: Aran Ediciones; 2005.
- Shepperd S, Wee B, Straus S. Hospital domiciliario: atención domiciliaria al final de la vida (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7:CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231 [acceso 2 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202527559&DocumentID=CD009231>
- Román B. *Sobre el respeto a la autonomía del paciente: la dignidad en juego*. En: Bilbeny N, editor. *Bioética, sujeto y cultura*. Barcelona: Horsori; 2011.
- Feito L. La ética del cuidado: Modas, paradojas, talentos. En: Reyes M, Rivas FJ, Buisán R, García J, editores. *La Bioética, un puente inacabado*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2005.
- Collière MF. *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1997.
- Bonafont A. *Cuidar. Lección inaugural del curso académico 1998-1999*. Universitat de Vic. Escola Universitària de Ciències de la Salut; 1999 [acceso 18 Sep 2013]. Disponible en: http://repositori.uvic.cat:8888/xmlui/bitstream/handle/llicina_a1998-99_bonafont_anna_cuidar_spa.pdf?sequence=1
- Mac Luhan M. *Comprender los medios de comunicación*. Barcelona: Paidós; 1996.
- Damasio A. *El error de Descartes*. Santiago-Chile: Andres Bello; 1999.
- Torralla F. *Antropología del cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética; 1998.
- Schürenberg A. Estimulación basal en los cuidados de enfermería de personas en proceso de muerte. Barcelona: Anna Esclusa Feliu®; 2013 [acceso 18 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.estimulacionbasal.net/pdf/contacto.pdf>
- Collière MF. Invisible care and invisible women as health care providers. *Int J Nurs Stud*. 1986;23-2:95-112.
- Alberdi RM. La identidad profesional de la enfermera. *Rev ROL Enferm*. 1992;170:40.
- Hueranos I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca LasCasas*; 2010 [acceso 18 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- Gracia D. Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto. En *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2012.