

# La llamada por la vida: necesidades de cuidado urgente en la casa<sup>a</sup>

Martha Adiel López Betancur<sup>b</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar las situaciones por las cuales las personas solicitan atención de urgencias desde la casa. **Metodología:** se utilizó el enfoque etnográfico. La información fue recolectada mediante 7 entrevistas y 100 horas de observaciones a adultos que recibieron atención urgente en la casa, en Medellín, Colombia, entre enero de 2005 y diciembre de 2006. **Resultados y discusión:** las personas llaman a pedir ayuda de urgencia desde su casa, porque atraviesan una circunstancia y sienten una necesidad. La circunstancia es el resultado de la suma del evento de salud que altera la cotidianidad, las situaciones en el entorno que se consideran críticas, el autodiagnóstico después de la valoración, y la emoción, que da el significado de urgente o no urgente. La necesidad es individual e impulsa a buscar ayuda de manera inmediata cuando le da a la circunstancia el significado de urgente. Las necesidades encontradas en este estudio fueron; compañía; seguridad, transporte y tranquilidad. **Conclusiones:** las situaciones que hacen que una persona solicite ayuda no programada desde su casa, son eventos de salud que alteran su cotidianidad, generan un significado y necesidades, Las circunstancias y necesidades son asuntos individuales que requieren de la capacidad del prestador de servicios de salud para descubrirlas y solucionarlas.

**Palabras clave:** *atención de urgencias en casa, necesidades de cuidado urgente, conocimiento en salud.*

Cómo citar este artículo:

Lopera Betancur MA. La llamada por la vida: necesidades de cuidado urgente en la casa. Invest Educ Enferm. 2008; 26(1): 78-84.

## INTRODUCCIÓN

Las personas buscan ser atendidas en la casa por necesidades que ellas consideran urgentes; sin embargo, puede suceder que el sistema de salud considere la necesidad de atención de una manera diferente<sup>1</sup>. Es aquí donde se presentan dos tipos de desencuentros: uno entre la necesidad sentida por los usuarios y los servicios que ofrece el prestador, y otro es entre lo que concibe por urgencia cada uno de ellos. Al considerar el concepto de urgencia de salud, se ve que tiene un componente subjetivo y uno objetivo. La OMS<sup>2</sup>, en su definición de urgencias, tiene en cuenta ambos y menciona que lo importante no es sólo la gravedad, sino el significado que para la persona tenga la situación.

Identificar las situaciones por las cuales las personas solicitan atención urgente en casa, es pertinente socialmente en la medida que posibilita proponer proyectos de cuidado de enfermería que respondan a sus necesidades, ocultas hasta este momento.

No se encontró, en la revisión preliminar al estudio, reporte de investigaciones en Colombia que identificaran en las experiencias propias de quienes solicitaban atención de urgencias desde su casa, el relato de aquello que los motivó a solicitar la ayuda.

- 
- a Este artículo es parte de la investigación autofinanciada —La llamada por la vida: necesidades de cuidado urgente en casa—, realizada en Medellín Colombia entre enero de 2005 y diciembre de 2006.*
- b Enfermera Universidad de Antioquia, Especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Enfermería. Docente Universidad de Antioquia. Correo electrónico: adiel@tone.udea.edu.co*
- 

Recibido: 12 de julio de 2007. Envío para correcciones: 14 de marzo de 2008. Aprobado: 26 de marzo de 2008

# The call for life: urgent care at home

Martha Adielá Lopera Betancur

## ABSTRACT

**Objective:** to identify situations when people request urgent home care. **Methodology:** the ethnographic approach was used. The information was gathered with interviews and observations of adult people that received urgent attention at home, in the city of Medellín-Colombia between January of 2005 and December of 2006. **Results and discussion:** the people call to request urgent help when they suffer a circumstance and a necessity. Circumstance, is the event of health that alters the daily life, added to critical situations in the surroundings like self diagnosis and emotion. Necessities are individual and ask for immediate help when the circumstance looks urgent. The necessities found in this study were to have company; security, transport and tranquillity. **Conclusions:** the situations that push the people to request non programmed help from their house are health events that alter daily life. The circumstances and necessities are individual matters that require of that the health services provider discover and solve them.

**Key word:** *attention of emergency at home needs of urgency care, knowledge in health.*

Autores como Lara<sup>3</sup> y Arredondo y Meléndez<sup>4</sup>, reportan que la necesidad es lo que hace consultar y ésta es un asunto subjetivo. La razón de pedir ayuda urgente en la casa es un asunto que está más allá de los síntomas; puede ser que involucre el entorno, la historia de la persona y del evento particular que llevó a consultar. Este estudio intenta responder a la pregunta de investigación ¿qué situaciones hacen que las personas soliciten atención de urgencia en la casa?

## METODOLOGÍA

Se partió de la perspectiva de la investigación cualitativa, que explora las experiencias de las personas en su vida cotidiana. Se utilizó la técnica de la etnografía que “consiste en captar el punto de vista, el sentido, las motivaciones, las intenciones y las expectativas que los actores otorgan a sus propias acciones sociales”<sup>5</sup>. La orientación se hace desde el enfoque particularista, que consiste en aplicar el método etnográfico a cualquier unidad social o grupo humano aislable,<sup>6</sup> lo cual permite saber que los datos obtenidos representan la realidad vivida por quien solicita ayuda con carácter urgente desde su casa. Este estudio se realizó en Medellín, Colombia. La elección de los participantes se hizo teniendo en cuenta que pudieran responder a lo que el investigador quería conocer<sup>7</sup>; por lo tanto se seleccionaron personas adultas que recibieron atención de urgencias en la casa y aceptaron participar en el estudio.

### Técnicas de recolección de la información

Las técnicas de recolección de información fueron las sugeridas por la etnografía, y se realizaron 7 entrevistas, además de 100 horas de observación.

**Observaciones:** Se hicieron 100 horas de observación en las casas de las personas que solicitaron atención, se cubrieron los siete días de la semana y las 24 horas del día. La observación se realizó durante las atenciones, con el fin de evitar la influencia del diagnóstico y la atención médica.

**Entrevistas:** La entrevista recoge la visión de los participantes para determinar el fenómeno en los términos de quien los vive. Fueron 7 entrevistas posteriores a la experiencia de atención de urgencias en la casa, buscando que ni la condición de salud, ni la emotividad afectaran las respuestas. Según Morse<sup>8</sup>, es mejor dejar pasar un tiempo para que las personas hablen de sus experiencias, más desde la reflexión que desde la emotividad. La entrevista permitió escuchar al entrevistado, se hicieron preguntas

de acuerdo con el desarrollo de la misma. No se utilizaron para la misma formularios o guías de entrevista. Se inició con la frase: Hábleme de la última vez que llamó para que vinieran a atenderle urgentemente en su casa y se termina con la pregunta ¿Tiene algo más para agregar? La respuesta negativa permitió que no fuera necesario realizar más de un encuentro por persona. En el diario de campo se llevó un registro detallado de las actividades realizadas; en ellos se consignaron descripciones de las personas entrevistadas, actividades, conversaciones, descripciones de los escenarios de la atención, la experiencia vivida; sentimientos y dudas del investigador.

**Análisis:** Para el análisis se hizo una lectura general y posteriormente párrafo a párrafo. Incluyó continuas preguntas a los datos para definir la secuencia del fenómeno estudiado, encontrando códigos que fueron agrupados en subcategorías representadas en mapas mentales, finalmente salen categorías con nombres que corresponden a códigos vivos, visión emic. Este análisis se realizó paralelamente a la obtención de los datos, teniendo en cuenta, como lo recomienda Galeano, “el carácter emergente del estudio”<sup>9</sup>.

**Criterios de rigor** Para garantizar que los resultados den cuenta de la realidad vivida por las personas que requieren atención urgente en su casa, las entrevistas se grabaron para lograr el máximo de fidelidad en la información recolectada y se transcribieron lo más pronto posible para detectar aspectos que faltaran en la grabación.

En el estudio exploratorio se realizaron 20 horas de observación, que se consignaron en diarios de campo, y 4 entrevistas en el domicilio de los pacientes.

Posterior al estudio exploratorio se analizaron estos datos, se realizaron más observaciones, y entrevistas<sup>9</sup>. Se consideró saturada la información, cuando en el análisis del material recolectado no aparecía información nueva.

La descripción densa permite una interpretación de los datos y la comprensión de las situaciones que conducen a solicitar ayuda de urgencias en la casa.

Los resultados preliminares se presentan a algunos participantes y se confrontan con reportes de investigaciones y literatura publicada<sup>1,3-4</sup>, lo que permitió ver la coherencia del presente estudio.

### Aspectos éticos

Las consideraciones éticas se refieren a “la calificación del riesgo, la confidencialidad de la información, la garantía de guardar la privacidad de los participantes, el

respeto a su autonomía al aceptar o no la participación en la investigación, el uso de los datos con fines exclusivos para este proyecto y la devolución de los resultados a las personas, comunidades o instituciones participantes”<sup>10</sup>. Esta investigación es considerada sin riesgo para los informantes. De acuerdo con lo establecido por la resolución 8430 de 1993<sup>11</sup>, a cada persona se le pidió su consentimiento informado antes de realizar la entrevista, al igual que para hacer la grabación de la misma; se garantizó la confidencialidad de la información obtenida; cuando alguna información mereció precisarse, se hizo de manera impersonal; los nombres en las entrevistas y los diarios de campo se cambiaron.

## RESULTADOS

Los resultados recogen las situaciones que hacen necesario solicitar atención de urgencias en la casa. Corresponden a la ruptura de la cotidianidad que es nombrada “circunstancias”, conjunto del evento y el significado. Dicha circunstancia lleva a unas necesidades y, a su vez, a la búsqueda de ayuda de urgencias desde la casa.

### Circunstancias

*Que cuando uno llame, sepan que es un paciente de X circunstancias (E7)*

Las personas viven en la cotidianidad, en la que juzgan su salud estable. Es en el momento que —pasa algo—, se manifiesta un síntoma, un signo o cambios que alteran esta cotidianidad, cuando consideran que perdieron la salud. Se dice de determinadas circunstancias que todo se “junta” y lo que sienten o viven en ese momento se agrava. La edad y las enfermedades previas son parte de las circunstancias, condiciones que se suman; las situaciones que coadyuvan al síntoma son consideradas como crisis.

*Porque pasábamos por una crisis económica, emocional, sentimental, de todo (E1).*

Circunstancia es entonces la suma de la pérdida de la salud, las situaciones que rodean la persona, el autodiagnóstico y el significado que le dan a la emoción.

Autodiagnóstico es el nombre que dan a la circunstancia y corresponde a nombres médicos de enfermedades de las que han escuchado. Los individuos lo elaboran con base en la valoración y su conocimiento.

*Es que el niño suele sufrir de las amígdalas y eso siempre es lo que lo pone maluco (O28)*

En la valoración intervienen los sentidos; por ejemplo, el cambio en el color de la piel y las secreciones del

paciente, ruidos al respirar, gritos, cambios en la voz o la manera de hablar o de mirar. Cuando un sujeto habla poco, el cambio puede ser ponerse una ropa diferente, u otras acciones que se reconocen como signos de que algo anda mal.

*Ahora él esta muy inquieto, el no habla pero uno sabe que está incómodo (O6)*

El conocimiento, nace de experiencias propias y ajenas; por intuición se “sabe” que algo va a pasar en el futuro, aun no hay síntomas, son sensaciones que no poseen un nombre, porque escapan a la racionalidad.

*Y decía: hija, yo presiento que me voy a enfermar (E41)*

Cuando ocurre por primera vez el evento, no hay familiaridad, los individuos acuden a lo que han escuchado o visto en otros, incluso en los medios de comunicación.

*Como dicen que cuando uno mira cocuyitos es la bilis, yo me imaginé la bilis (E9)*

Cuando no tienen un autodiagnóstico, lo buscan en el personal de salud.

Emoción: el significado depende de la emoción que se presenta ante la circunstancia, algunas de las emociones pueden ser desespero, incomodidad, miedo o malestar.

El desespero impide razonar. Es producido por la fiebre, el insomnio, la pérdida de apetito y la ansiedad, que es descrita como contagiosa, por lo cual es necesario controlarla rápidamente. Por su autodiagnóstico la persona sabe que no está en peligro su vida, pero no se siente en capacidad de manejar la situación; *Zay!! La niña llorando, la niña llorando, eso me desespero, me estresó (E2)*

La incomodidad les impide sentarse en una silla y esperar la atención en un sitio diferente a la casa. Este sentimiento aparece cuando alguien tiene diarrea, vómito o estados de alteración mental.

*Era una depresión muy horrible que ella tenía (E29)*

El miedo es producto de circunstancias consideradas de cercanas a la muerte, de allí su significado de urgencia. Otra circunstancia que produce miedo es la falta de un autodiagnóstico. El temor a la muerte rodea muchas de estas circunstancias; pensar que lo que está pasando llevará a la muerte en corto plazo, aumenta la crisis y, por ende, el significado de urgencia.

*Para mí un broncoespasmo es una urgencia porque compromete mi vida. (E18)*

El malestar es el estado en el que se percibe indisposición; es una mezcla de las tres emociones anteriores: miedo, incomodidad y desespero; sin embargo, no produce significado de urgencia a menos que se considere cercana la muerte.

Cuando la emoción no tiene significado de urgencia, las personas deciden esperar, lo cual reinicia el proceso porque continuamente hacen valoración en busca de cambios.

## **Necesidades**

Al ocurrir la circunstancia, independientemente del significado, se crean necesidades que son individuales, subjetivas y culturales. Las encontradas en este estudio fueron compañía, seguridad, tranquilidad y transporte.

Necesidad de compañía: La compañía es necesaria para tomar decisiones difíciles, cuando las personas sienten una carga por la responsabilidad de cuidar a alguien, o en el momento de la muerte propia o de un familiar.

*Uno se pone supremamente nervioso y necesita compañía (E18)*

Cuando sienten acercarse la muerte propia o de un familiar, buscan información, reforzar algunos cuidados y a alguien que esté ahí. Las personas o familiares de quienes tienen una enfermedad terminal, no buscan la prolongación de la vida, sino vencer el miedo a la muerte, sobre todo a que llegue cuando el enfermo está solo.

*Le decía que no la soltara que se estaba yendo (O13).*

Incluso dar una noticia sobre la muerte de alguien requiere compañía y apoyo, cuando consideran ese alguien frágil para aceptarla.

*Los llamamos para que ustedes le den una mala noticia (O1)*

La muerte produce sentimientos de soledad y miedo entre quienes están cerca de quien muere, ante lo cual buscan compañía en familiares o en los prestadores de servicios de salud, que al ir hasta su casa atenúan la soledad. El paciente se siente solo y los miembros de su familia también. Estos últimos no sólo tienen que vencer el miedo a su propia muerte y enfrentar el duelo, sino que, además, tendrán que satisfacer las necesidades de compañía de quien se está muriendo.

*No sabía cómo hacer para que ella no sufra, y en ese hospital como que les dio miedo que se les muriera y la mandaron para acá (E50)*

Transporte: Otra de las necesidades de quienes piden atención en la casa es la de transporte en ambulancia, lo hacen por razones culturales, económicas o limitación física, que les impide ir en transporte público a las urgencias hospitalarias; por otro lado, piensan que son necesarios algunos recursos y técnicas para realizar el traslado del enfermo sin correr riesgos.

*Estamos acostumbrados a que con un bebé no salimos en bus o en colectivo (E18)*

Seguridad: Las personas necesitan certezas y sinceridad. En esto opera el deseo de evitar que algo grave pase en el futuro.

*Es mejor estar seguros y que ustedes vengan (O12).*

Tranquilidad: Las personas necesitan saber qué está pasando, sentir que hicieron todo lo necesario y posible por el bienestar de su ser querido y que sus decisiones son aprobadas por el personal de salud.

*Pues uno queda tranquilo, porque sabe que más no podían hacer (E21)*

## DISCUSION

Una persona solicita atención de urgencia desde su casa porque tiene necesidades que son el resultado de una circunstancia, las cuales deben ser consideradas un asunto individual. Se realiza una negociación interna antes de consultar, que hace del encuentro con el personal de salud un momento crítico, que viene después de tomar la decisión de pedir ayuda, ante quienes están encargados de la clasificación de urgencias. Ellos van a juzgar si la situación es o no urgente; será entonces necesario conciliar las dos clasificaciones, las de la persona y su familia con la del prestatario y que este último tome en cuenta las circunstancias que llevaron a solicitar ayuda, las valoren y busquen darle respuesta, así deban esperar para la atención. Lo anterior coincide con lo planteado por Lara<sup>3</sup>, quien encontró que el proceso de búsqueda de atención es la respuesta a una alteración de salud, en la cual intervienen varias variables, especialmente de carácter psicosocial, es decir circunstancia; sin embargo, estas circunstancias pueden quedar ocultas para la persona y los prestatarios, porque el motivo de la llamada será argumentada en una necesidad y no en una circunstancia.

En la actualidad no se habla de necesidades comunes a todos los seres humanos, ni siquiera en una misma comunidad. Para Heller<sup>12</sup>, todas las necesidades deben ser reconocidas y satisfechas; así, se realiza una solicitud de ayuda a los servicios de urgencias al sentir una necesidad que es individual, subjetiva y real. Es allí donde es importante encontrar un punto de equilibrio entre las necesidades de la persona y los servicios de salud de urgencias y, especialmente, implementar la oferta de los servicios de urgencias que no sólo den respuesta al síntoma sino que además tengan en cuenta la necesidad generada por las circunstancias y su significado; comprender estas situaciones puede contribuir en parte a disminuir las consultas a repetición y la sensación de no haber sido atendido, García<sup>13</sup>, sugiere que esta situación puede evitarse si el paciente es atendido e informado acerca de la evolución esperada y no despachado.

Las crisis forman parte de la circunstancia. Son aquellas situaciones que rodean al paciente. De acuerdo a lo que afirma Zola<sup>14</sup> se convierten en un detonante para que la persona consulte. La circunstancia causa emociones y ellas permiten darle a la situación el significado de urgente o no. Pasarín y Fernández<sup>15</sup> encontraron que los síntomas asociados con los órganos vitales son situaciones que hacen surgir la idea de gravedad. El auto diagnóstico implica que la persona dé un nombre a la situación, apoyada en su conocimiento. Leddy y Pepper<sup>16</sup> mostraron algo similar; decían que si la persona comprende y puede dar un nombre a los síntomas, y considera que éstos no son graves, puede decidir tratarse por sí misma. El autodiagnóstico se realiza cuando el paciente luego de notar algunos cambios y basado en su conocimiento hace un dictamen. Coincide esto con lo planteado por De la Cuesta<sup>17</sup>. Anota dicha autora que la familia de los pacientes con Alzheimer construye códigos para comunicarse con ellos e interpretar lo que les sucede. El conocimiento permite tomar decisiones con calma y es decisivo en el significado de la circunstancia; la falta de información y conocimiento motiva incertidumbre frente a la enfermedad, que se traduce en la incapacidad para determinar un significado<sup>18</sup>.

La necesidad de compañía, tanto del enfermo como de la familia, ha sido evidenciada por Gómez, quien destaca la importancia que le da la familia de personas con demencia a la compañía de amigos y vecinos<sup>19</sup>. Molina hace una reflexión acerca del deber de acompañar al enfermo en el proceso de recuperación o muerte, así como a la familia cuando toda intervención falla y ocurre la muerte<sup>20</sup>. Por otro lado el paciente puede utilizar al otro

en forma posesiva, manipuladora, para no sentir el vacío que produce el sentimiento de soledad<sup>21</sup>.

Cuando las personas encuentran en quienes les atienden, compañía, ayuda, sinceridad, una explicación que permita tener conocimiento de la situación, al igual que dotación de equipos, medicamentos y materiales, obtienen la sensación de seguridad. Cuando falla una de estas condiciones, percibe que está vulnerada y puede sentirse en emergencia. Es entonces cuando busca ayuda y protección en quienes vea fuertes y con capacidad de brindarle seguridad<sup>22</sup>. Henderson<sup>23</sup>, indirectamente, menciona la seguridad como una de las necesidades que debe ser satisfecha restablecida por parte de la enfermera, al hablar de evitar peligros y de mantener una buena higiene y cuidado de la piel.

## CONCLUSIONES

La solicitud de atención de urgencias desde de casa, se hace por circunstancias que generan cambios en la situación de salud, unidas a otros eventos en su entorno que interpreta como crisis. De esta manera su conocimiento y emoción lo llevan a elaborar un significado y decidir que es mejor consultar porque considera urgente lo que pasa. Las circun-

stancias son individuales, y es importante una interacción que permita conocerlas y darles solución. Las necesidades encontradas en este estudio fueron compañía, seguridad, tranquilidad y transporte. Estas necesidades pueden estar distantes de las que los prestadores de salud creen que tiene el paciente que busca su ayuda; por esto los prestadores del servicio de urgencias domiciliarias no pueden prescindir de escuchar y buscar lo que lleva a alguien a consultar a más allá de su síntoma. El conocimiento que la persona adquiera con los programas de enfermería, puede servir para elaborar un significado y en situaciones futuras permitirá hacer un auto diagnóstico que disminuya su miedo. Son necesarias las discusiones sobre la vida y la muerte. Vencer el miedo a hablar sobre muerte, los llevará a saber que no están solos. La dinámica de la decisión de llamar a pedir ayuda de urgencia desde la casa, involucra aspectos de importancia para comprender las reacciones y expectativas que hace la llamada; es por esto que sensibilizarse al respecto implica escuchar, explicar, acompañar y ser consciente del desconocimiento y el miedo a la muerte que rodean muchas de estas solicitudes. Eso justifica crear programas de enfermería que brinden educación, compañía y apoyo. Conocer las circunstancias, de una persona que solicita atención de urgencias requiere habilidad del prestador para descubrirlas.



1979. Lugar de mi casa. 38 x 55 y 66 x 83

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González G, Valencia M L, Agudelo N, et al. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín. *Biomedica* [internet] 2007 [acceso 15 Febrero 2008]; 27(2): [180-189]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-)
2. Gómez JJ. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*. 2006; 18(3): 156-157.
3. Lara FN, Taméz GS, Eibenschutz HC, et al. Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado F, Torres M. *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México: Plaza y Valdés; 2000. p.98-99.
4. Arredondo A, Meléndez C. Búsqueda de atención médica y determinantes de la utilización de servicios de salud. *Rev Med Chile*. 2003; 131(04): 45-53.
5. Hoyos JJ. *Escribiendo historias: El arte y el oficio de narrar en el periodismo*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.102.
6. Boyle J. *Estilos de etnografía*. En: Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.199.
7. Minayo MC. O Desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998. p.102.
8. Morse J. Los métodos cualitativos: el estado del arte. *Rev Invest (Guadalajara)* [internet] 1999 [acceso 12 de junio de 2005]; (17). Disponible en: [www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html](http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html).
9. Galeano ME. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2003. p.57, 59.
10. Gómez GE, Molina Restrepo ME. Evaluación ética de los proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia, Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2006; 24(1): 69.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993 [acceso diciembre de 2006]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNews-No267711.pdf>
12. Heller A. *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós; 1996. p.60.
13. García B, Oñero FMC. Retorno a urgencias un marcador de calidad asistencial. *Todo Hosp*. 2003; 22(195): 195-201.
14. Zola I. Sendas que conducen al médico: cómo una persona se convierte en paciente. En: De la Cuesta C, compiladora. *Salud Enfermedad: lecturas básicas en sociología médica*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p.174, 167.
15. Pasarin MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrel C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. *Gac Sanit*. 2006; 20(2): 91-100.
16. Leddy S, Pepper M. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. New York: Organización Panamericana de la Salud; 1989. p.196.
17. De la Cuesta C. *Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2004. p.117.
18. Torres AA, Sanhueza AO. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc Enferm* [internet] 2006 [acceso 24 de octubre de 2006]; 12(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000100002&script=sci_arttext)
19. Gómez Gómez MM. Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Invest Educ Enferm*. 2007; 25(2): 70.
20. Molina Restrepo MM. Podemos cotidianizar la muerte? el personal de salud y el cuidado de los dolientes. *Invest Educ Enferm*. 2003; 21(1): 106-108.
21. Antolínez Cáceres BR. *Espiritualidad y cuidado*. En: Universidad Nacional. *Facultad de Enfermería. El arte y la ciencia del cuidado*. Bogotá: Unibiblos; 2002. p.49-60, 52.
22. Maslow A. *Motivation and personality*. 2ª ed. New York: Harper & Row; 1970. p.35.
23. Henderson VA. *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. 4ª ed. Madrid: Interaamericana de España- McGraw-Hill; 1994. p.12.