Universidad de Navarra

Facultad de Enfermería

REFLEXIÓN SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA REHUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Jesús Tomás Monge Moreno

Pamplona, marzo 2016

Universidad de Navarra

Facultad de Enfermería

TESIS DOCTORAL

"REFLEXIÓN SOBRE LA CONTRIBUCIÓN DE LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA REHUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA"

Memoria presentada por

D. JESÚS TOMÁS MONGE MORENO

para obtener el Grado de Doctor.

Fdo. Jesús Tomás Monge Moreno

Universidad de Navarra

Facultad de Enfermería

D. JOSÉ LÓPEZ GUZMÁN, doctor en Farmacia de la Universidad de Navarra, informa que:

> El presente trabajo, "Reflexión sobre la contribución de la Presencia Intencional en la Rehumanización de la Enfermería", presentado por D. JESÚS TOMÁS MONGE MORENO, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de ENFERMERÍA DE LA PERSONA ADULTA de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra y, una vez revisado, autorizo su presentación ante el Tribunal que lo ha de juzgar.

Y para que así conste, firma el presente informe:

Dr. José López Guzmán

Pamplona, 4 de marzo 2016

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido, directa o indirectamente, en la realización del presente trabajo:

A mi director de tesis, al Dr. D. José López Guzmán, por su dedicación, paciencia y confianza en mi y en mi trabajo.

A mis padres, Zoy y Tomás, por sus consejos y palabras motivadoras, que me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero. Este logro también es vuestro.

A mis hermanos, Manuel y David, por su cariño, su apoyo y por estar en los momentos más importantes de mi vida.

A mis buenos/as amigos/as, por acompañarme y apoyarme siempre.

A todos/as, MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 17

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA 23

3. PERSONA Y DIGNIDAD 29

3.1. CONCEPTO DE PERSONA 29

3.2. CONCEPTO DE DIGNIDAD HUMANA 35

4. LA SINGULARIDAD DE LA PERSONA ENFERMA 43

4.1. LA ENFERMEDAD EN EL SER HUMANO 43

4.1.1. Introducción 43

4.1.2. En relación a la salud 44

4.1.3. En relación a la enfermedad 48

4.2. LA VULNERABILIDAD HUMANA 53

4.2.1. Concepto de vulnerabilidad 53

4.2.2. Tipos de vulnerabilidad 54

4.3. EL PROCESO DE DUELO 62

4.3.1. Aproximación al concepto de duelo 62

4.3.2. Modelos explicativos y descriptivos del duelo 66

4.3.3. Manifestaciones del duelo 74

5. CONCEPTO DE PRESENCIA INTENCIONAL 83

6. ELEMENTOS QUE ESTRUCTURAN LA PRESENCIA INTENCIONAL 95

6.1. LA CORPORALIDAD 95

6.1.1. Aproximación al concepto: la persona como ser corporal 96

6.1.2. Características fundamentales de la corporalidad 103

6.1.3. Características que trascienden la corporalidad 115

6.2. EL CONOCIMIENTO HUMANO 121

6.2.1. Aproximación al concepto: la persona como ser de conocimiento ... 122
6.2.2. Estructura del conocimiento humano ... 123
6.3. LA AFECTIVIDAD ... 135
6.3.1. Aproximación al concepto: la persona como ser de afectos ... 136
6.3.2. La subjetividad de la afectividad ... 139
6.3.3. Características principales de la afectividad ... 140
6.3.4. Elementos comunes de la afectividad ... 142
6.3.5. Hacia el amor ... 144
6.4. EL YO PERSONAL ... 148
6.4.1. La conciencia y el inconsciente ... 148
6.4.2. El yo, núcleo último de la persona ... 152
6.5. LA LIBERTAD ... 157
6.5.1. Aproximación al concepto: la persona como ser libre ... 157
6.5.2. La estructura esencial de la libertad ... 161
6.5.3. La autorrealización de la persona a través de su libertad ... 168
6.6. LA COMUNICACIÓN ... 171
6.6.1. Aproximación al concepto: la persona como ser comunicativo ... 172
6.6.2. Características del lenguaje ... 174
6.6.3. Relación entre pensamiento y lenguaje ... 176
6.6.4. El lenguaje como apertura al mundo ... 178
6.7. LA SOCIABILIDAD ... 180
6.7.1. Aproximación al concepto: la persona como ser social ... 181
6.7.2. Comunidad y comunión ... 183
6.7.3. Las relaciones sociales ... 184
7. REHUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA ... 191
7.1. DEFINICIÓN ... 191
7.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEHUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA ... 193
7.3. REHUMANIZACIÓN Y ENFERMERÍA ... 196

8. DISCUSIÓN 201

8.1. SOBRE EL CONCEPTO DE PRESENCIA INTENCIONAL 201

8.2. LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA ENFERMERÍA 204

8.3. LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LOS PACIENTES/ USUARIOS 204

8.4. CUESTIONES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA INTENCIONAL 206

8.5. LA PRESENCIA INTENCIONAL EN EL EQUIPO SANITARIO . 209

8.6. LA ASUNCIÓN DE VALORES EN LA PRESENCIA INTENCIONAL 210

8.7. PRESENCIA INTENCIONAL Y REHUMANIZACIÓN 212

8.8. LA PRESENCIA INTENCIONAL Y SU APLICABILIDAD 214

9. CONCLUSIONES 219

10. BIBLIOGRAFÍA GENERAL 223

11. ANEXOS 257

11.1. ANEXO I: PRESENTACIÓN DEL POSTER "LA PRESENCIA INTENCIONAL EN ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA" EN EL IX CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA: "EL LENGUAJE UNIVERSARL DE LA BIOÉTICA". 257

11.2. ANEXO II: PUBLICACIÓN EN LA REVISTA "CUADERNOS DE BIOÉTICA" EL ARTÍCULO "PRESENCIA INTENCIONAL EN ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA". . 261

11.3. ANEXO III: PUBLICACIÓN EN LA REVISTA "LUMEN" EL ARTÍCULO "LA IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA REHUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA". 265

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Después de culminar mi trabajo fin de máster de Bioética decidí dedicar mi vida al ámbito de la docencia y la investigación. Por ello, opté por realizar una tesis doctoral en la Facultad de Enfermería. Como quería seguir trabajando en el campo de la Bioética busqué un tema en el que pudiera utilizar todo lo aprendido en mi máster pero que, sin embargo, tuviera una aplicación en el ámbito de la Enfermería. En una sesión sobre el *contexto de relación entre el/la enfermero/a y la persona enferma* en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra, le llamó la atención a mi director un comentario que se realizó sobre un concepto que para él era novedoso y que le pareció que tenía muchas posibilidades, adaptándose perfectamente a lo que estábamos buscando. Ese concepto era la *Presencia Intencional*. Así pues, se comenzó realizando una sucinta revisión bibliográfica para verificar que era un ámbito interesante y que ofrecía posibilidades para la investigación y aplicación al campo de la Enfermería. Se encontró pocas referencias bibliográficas y, además, referidas a cuestiones muy diversas. Por ello, se consideró que era preciso realizar una búsqueda más exhaustiva para determinar la oportunidad de dedicar mi tesis doctoral a la Presencia Intencional.

Después de este trabajo de búsqueda en las fuentes se pudo verificar que no eran muy abundantes las referencias a la Presencia Intencional y que, por otra parte, algunas de ellas aludían a otros conceptos tales como cuidado, relación, práctica clínica, etc. Tras analizarlas y realizar una primera aproximación, se observó que la mayoría de los documentos que se habían publicado hacían de la Presencia Intencional un concepto incompleto, siendo, a su vez, pragmático y dónde la importancia de la persona como ser personal quedaba relegada a un segundo plano.

Las premisas descritas en los párrafos anteriores llevaron al convencimiento de que el concepto de Presencia Intencional era muy rico en matices, pero que

requería de una profundización y conceptualización para su posterior sistematización y aplicación.

Por tanto, se decidió repensar el concepto desde sus orígenes, esto es, desde la persona y su dignidad. Se profundizó en la enfermedad, la vulnerabilidad y el duelo como realidades con las cuales, tanto el/la enfermero/a y el/la paciente, tienen que lidiar diariamente y donde la Presencia Intencional está fuertemente implicada. Precisamente, desde esa implicación, se diseccionó el concepto de Presencia Intencional, proponiendo una nueva manera de entenderla, desde un corte más personalista[1]. Acto seguido, se consideró necesario abordar aquellos elementos constituyentes de la persona que intervienen, de modo significativo, para que tenga lugar una auténtica Presencia Intencional (por ejemplo, en la corporalidad, las manos, la mirada, etc. son fundamentales para mostrar proximidad, calidez en el trato, etc.; en el lenguaje, los gestos, la utilización de las palabras adecuadas, etc. ayudan a romper el hielo al inicio de una relación, a consolar, a reconfortar, etc.). También se indagó en aquellos aspectos que deshumanizan la profesión enfermera y se estudió si la implantación de la Presencia Intencional, con los parámetros que se habían planteado en este trabajo (volviendo la mirada nuevamente a la persona en todo su ser holístico), puede ayudar a rehumanizarla. Con esta base, se realizó una discusión acerca de la Presencia Intencional en la Enfermería y de cada nexo que existe entorno a esta cuestión. Finalmente, de esta discusión, se extrajeron numerosas conclusiones.

[1] El personalismo "se estructura radicalmente en torno a la noción de persona que es la clave de su arquitectura conceptual y, sobre esa base, desarrolla una serie de temas y perspectivas: la necesidad de elaborar categorías filosóficas específicas para tratar a la persona; la importancia radical tanto de la afectividad como de la relación que se traduce en la importancia que se concede a las relaciones interpersonales; la primacía de los valores morales y religiosos frente a un posible intelectualismo; la insistencia en el aspecto corporal y sexual de la persona que, a su vez, depende de una tematización explícita del hecho que existen dos tipos o modos de ser persona: el hombre y la mujer; la importancia que se atribuye a la dimensión social de la persona y la acción como manifestación y realización del sujeto, etc." Burgos J M. Reconstruir la persona. Ensayos personalistas. Madrid: Palabra, 2009; 13-42.

En definitiva, la Enfermería aspira a la excelencia, proporcionando una asistencia verdaderamente humana a través del cuidado centrado en la persona y basada en la relación exquisita con los/las pacientes y sus familias. Es por eso que se ha profundizado en el concepto de Presencia Intencional. Después de haber realizado el estudio, se constata que la Presencia Intencional es la forma de relación más propicia para acompañar a la persona enferma en sus dolencias y sufrimientos, y a través de la cual los/las profesionales enfermeros/as pueden llegar a alcanzar la excelencia en su práctica asistencial.

En cuanto a la justificación de la temática de esta tesis en la investigación desarrollada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra, hay que señalar que encaja perfectamente en la línea de investigación que parte del planteamiento de una propuesta de contexto de la relación entre el/la enfermero/a y la persona enferma sugerida por Saracíbar[2] en el año 2009 (Figura 1), en esa relación interpersonal entre enfermeros/as y pacientes se destacan valores, creencias y expectativas, plasmándose en los conceptos de autenticidad, confianza, preocupación, respeto y Presencia Intencional. En el año 2012 la profesora Pérez Díez del Corral[3] realizó una tesis ahondando en el significado del respeto en esa relación interpersonal. Siguiendo esa línea de investigación, se ha querido contribuir profundizando en otro de los conceptos anteriormente señalados como es el de Presencia Intencional.

[2] Saracíbar M. Acerca de la naturaleza de la relación entre la enfermera y la persona enferma. Comprender su significado. (Tesis doctoral no publicada). Pamplona: Universidad de Navarra, 2009.

[3] Pérez Díez del Corral M. El significado del respeto en la relación entre la enfermera y la persona enferma. (Tesis doctoral no publicada). Pamplona: Universidad de Navarra, 2012.

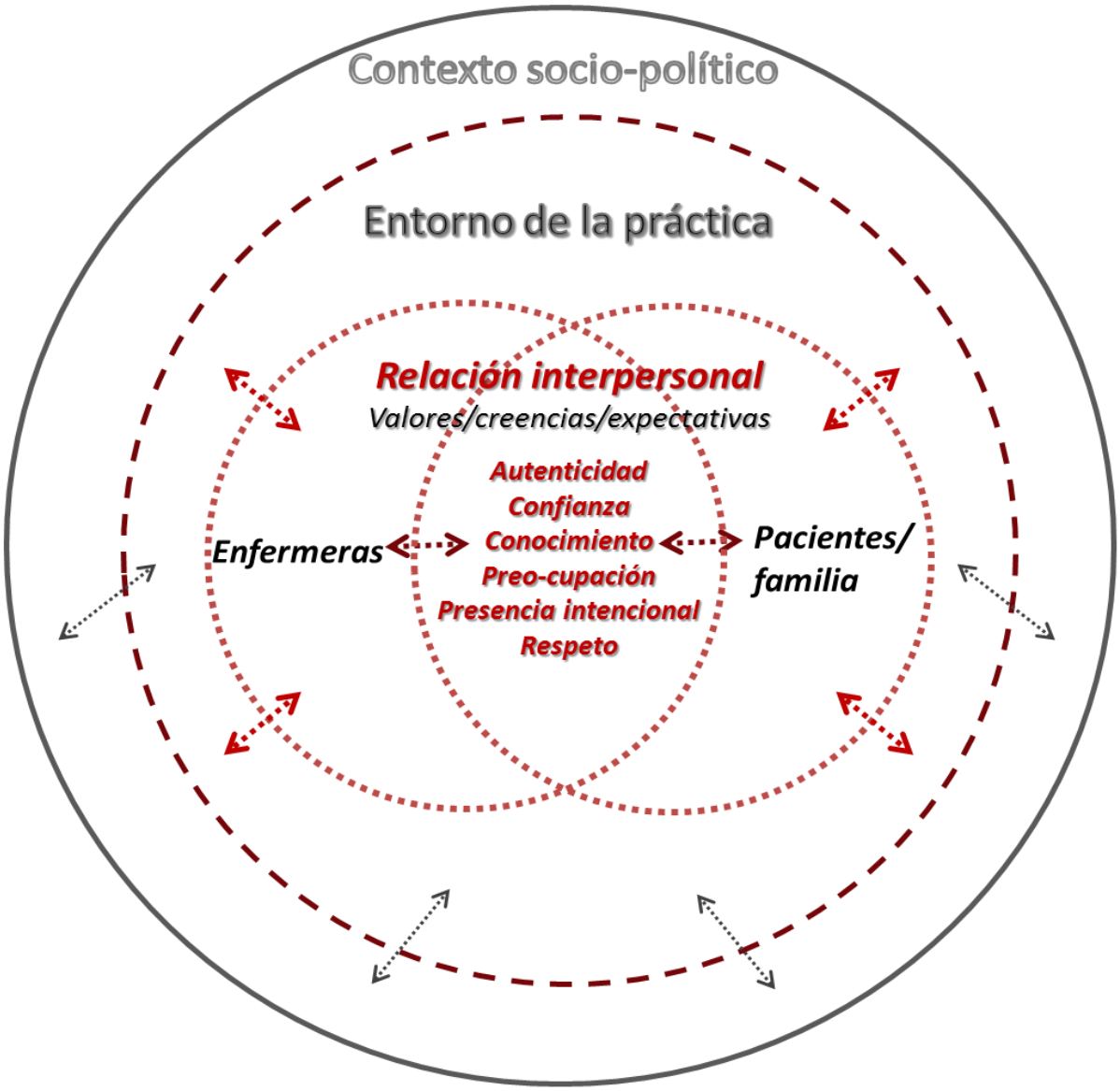


Figura 1

Modelo de relación interpersonal entre el/la enfermero/a y la persona cuidada propuesto por Saracibar[4].

[4] Saracíbar M. Acerca de la naturaleza de la relación entre la enfermera y la persona enferma. Comprender su significado. (Tesis doctoral no publicada). Pamplona: Universidad de Navarra, 2009.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

En el transcurso de la vida, la persona experimenta diferentes momentos y circunstancias en los que aparece la enfermedad, el sufrimiento, la angustia y la sensación de vacío y soledad. Cuando se produce esta desalentadora realidad, la presencia de otro ser humano puede ser bálsamo para mitigar y aliviar dicho malestar. Ese tipo de presencia se vislumbra como necesaria en la relación enfermero/a-paciente para llegar a sustentar un cuidado excelente. Sin embargo, en la práctica enfermera se observa que esta relación de presencia y acompañamiento, en algunos casos, no se da de manera satisfactoria, al quedar relegada a un segundo lugar (o no teniendo cabida en la praxis clínica) en pos de la tecnificación del trabajo y el desconocimiento en el manejo de las emociones. Esta situación ha dado lugar a que, desde distintos sectores, se vuelva a pensar la necesidad de rehumanizar la asistencia enfermera.

A partir de estos presupuestos, los objetivos prioritarios de la presente tesis son, en primer lugar, definir y acotar el termino de Presencia Intencional. En segundo lugar, estudiar los elementos que son necesarios para su consecución, esto es, aquellas partes constitutivas o situaciones de la persona que participan directa o indirectamente en dicha presencia. Una vez establecidas las anteriores cuestiones se intentará aportar, por medio de la discusión, las debilidades y fortalezas de los diferentes aspectos que afectan a la Presencia Intencional y que están en relación directa con el campo de la Enfermería.

En resumen, el propósito principal de esta tesis es realizar un estudio teórico-reflexivo de tipo antropológico-bioético sobre el concepto de Presencia Intencional en la Enfermería, y reflexionar acerca de la implicación de ésta en la rehumanización de Enfermería.

Para llevar a cabo esta tesis se ha realizado una búsqueda exhaustiva de la bibliografía pertinente en diferentes bases de datos (PubMed, Cinahl, Web of

Science, etc.), revistas (Journal of Advanced Nursing, Índex de Enfermería, Rol de Enfermería, Cuadernos de Bioética, Persona y Bioética, etc.) y en las fuentes bibliográficas de la Universidad de Navarra.

Los descriptores empleados en una primera búsqueda fueron:

- Presencia
- Intención.
- Intencionalidad.
- Acompañamiento.
- Enfermería.

Con este primer sondeo se pretendió comprobar el impacto de publicaciones que tenía cada término. Esta batida de información no fue significativa ya que dichos descriptores abrían un abanico amplio de posibilidades en diferentes áreas, siendo éstos, además, términos ambiguos y no concluyentes. En esta indagación se empleó un único límite, que fue la franja de tiempo de publicación que comprendía los últimos 10 años (1/01/2004-15/09/2014). Con ello se pretendía observar en líneas generales las tendencias en investigación que se habían llevado a cabo durante ese tiempo y con dichos descriptores. El nº de publicaciones fue muy extensa por cada descriptor (más de 1500 publicaciones en total).

En una segunda búsqueda en las bases de datos y revistas indicadas en los párrafos anteriores se optó por combinar dichos descriptores, empleándose los siguiente términos clave:

- Presencia Intencional.
- Presencia enfermera.
- Intencionalidad en enfermería.
- Acompañamiento en enfermería.

Se establecieron los límites y criterios de inclusión y exclusión que se citan a continuación: en el área de investigación, se indicó que la búsqueda sólo afectara al campo de la Enfermería, Filosofía y Antropología, ya que nuestro objeto de estudio es el concepto de Presencia Intencional en el área de la Enfermería. En cuanto a tipos de documentos, se seleccionaron "Artículos" y "Revisiones". En referencia al año de publicación, la exploración se realizó entre el 1 de enero de 2004 y el 15 de septiembre de 2014 para poder observar y analizar todo lo estudiado sobre dicho concepto en un espacio de tiempo razonablemente amplio. La base del estudio de las publicaciones fue sobre humanos ya que dicho concepto no tiene cabida en animales. El último límite fue el idioma: se seleccionaron aquellos artículos que estaban publicados en inglés y en castellano. La búsqueda dio como resultado un número amplio de publicaciones (387 publicaciones).

Por último, se determinó realizar la búsqueda con los descriptores combinados "Presencia Intencional en Enfermería", aplicando, a su vez, los mismos límites descritos anteriormente. Dio como resultado 14 publicaciones. Sin embargo, no todas ellas hacen referencia explícitamente al concepto en cuestión[5-6] pero ayudan a ofrecer una visión de conjunto de la cuestión tratada y cómo es asimilada en distintos ámbitos asistenciales.

[5] Adams J, Kaplow R. A sitter-reduction program in an acute health care system. Nursing Economics, 2013; 31(2): 83-89.

[6] Korber S F, Padula C, Gray J, Powell M. A breast navigator program: barriers, enhancers, and nursing interventions. Oncology Nursing Forum, 2011; 38(1): 44-50.

PERSONA Y DIGNIDAD

3. PERSONA Y DIGNIDAD

En este capítulo no se pretende abordar en profundidad los conceptos de persona y dignidad ya que acometerlos en ese sentido excede del objetivo principal de este trabajo. Con este apartado se intenta, simplemente, describir los conceptos de persona y dignidad humana que se han tomado como base a la hora de elaborar esta tesis. Se ha considerado abordar, en un apartado específico, el significado de estos términos ya que están en la raíz de la Presencia Intencional y ésta se verá altamente condicionada según el significado que se les otorgue.

3.1. CONCEPTO DE PERSONA

Las preguntas entorno a la persona abren un mundo entero de reflexiones. La primera de ellas es acerca del significado mismo del concepto[7].

En la experiencia cotidiana y en el lenguaje ordinario se vislumbran diferentes manifestaciones que esbozan el término *persona*[8]. Jurídicamente, se entiende como alguien que es sujeto de deberes y derechos[9]. También se atisba como alguien que es capaz de expresar y actuar y, por tanto, de participar en la sociedad, capaz de responder a la interpelación, etc. Además, se concibe como alguien que tiene dignidad y no precio, que es fin en sí mismo y nunca sólo medio[10].

Tras señalar numerosas manifestaciones que existen sobre el concepto, cabe resaltar que éste parte de una concepción personalista[11-12], considerando la

[7] Grised G, Shaw R. Ser persona. Madrid: Rialp, 1993; 33-42.

[8] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 207-208.

[9] Megías Quirós J J. Manual de derechos humanos. Pamplona: Aranzadi, 2006; 163-184.

[10] Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Encuentro, 2009; 90.

[11] "El *principialismo*, el *utilitarismo,* y el *contractualismo* son pensamientos de corte relativista. No obstante, una concepción personalista se cimienta sobre una antropología de referencia fundada en el concepto de persona y en su superioridad ontológica y estructural sobre los animales y las cosas, esto le

persona como un ser moral, capaz de relacionarse, libre, abierta al amor, trascendente, social, comunitaria y con un valor en sí mismo inconmensurable. Así pues, desde esta concepción personalista, se vislumbra que "el hombre es persona porque es el único ser en el que la vida se hace capaz de reflexionar sobre sí misma, de autodeterminarse; es el único ser viviente que tiene la capacidad de captar y descubrir el sentido de las cosas y de dar sentido a sus expresiones y a su lenguaje consciente"[13]. "Es el único ser en toda la creación visible que no sólo es capaz de saber, sino que sabe también que sabe, y por eso se interesa por la verdad real de lo que se le presenta"[14]. "La persona humana es objeto de amor y respeto, y es inmoral y humanamente irracional convertirla en objeto de dominio o de instrumentalización"[15].

Dicho esto, cabe advertir que, en el uso del término persona, la sociedad le confiere diversidad de significados. Para consensuar dicho concepto es importante exponer los aspectos que encierra y que se han tomado como base para la fundamentación de esta tesis[16-17-18-19]:

a) **Individualidad.** La persona es un individuo, indiviso en sí y dividido de cualquier otro. Como individuo pertenece a una determinada especie, con la que comparte sus capacidades genéricas, y cuyos predicados materiales, psicológicos y espirituales lo diferencian. Es, en definitiva, una unidad o individualidad corporal y psíquica, moral y

---

permite crear una estructura intelectual poderosa para defender la vida humana desde su inicio hasta la muerte". Burgos J M. El personalismo. Madrid: Palabra, 2000; 67-72.

[12] Sgreccia E. Persona humana y personalismo. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(80): 115-123.

[13] Sgreccia E. Manual de Bioética. México: Diana, 1996; 73.

[14] Juan Pablo II. Carta Encíclica Fides et Ratio. Madrid: San Pablo, 1998; 47-49.

[15] Rodríguez Luño A, López Mondéjar R. La fecundación "in vitro". Madrid: Palabra, 1986; 82

[16] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 229-233.

[17] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 15-18.

[18] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 139.

[19] Hervada J. Los derechos inherentes a la dignidad de la persona humana. Humana Iura, 1991; 1: 361-362.

jurídica que se da en la persona misma, no es una construcción exterior. Por tanto, su centro (su ser sí-mismo) le permite destacarse y separarse de cuanto no es [20-21]. Esta experiencia radical se expresa lingüísticamente con la palabra "yo".

b) **Inmediatez.** En la individualidad va implícito el hecho de que el ser humano por el sólo hecho de ser tal es persona (a eso se hace referencia la inmediatez), sin tener que acreditar capacidades ni rendimientos ya que la acreditación de capacidades se requiere para roles o funciones, pero no para ser considerado persona. Por tanto, al hacer alusión a ésta, se hace referencia a la totalidad de la misma, a "todas las dimensiones esencialmente vinculadas a la personalidad del hombre, a todo lo que está en el orden del ser personal, y no en el de su haber"[22]. En este sentido, Aparisi señala que "el ser humano, antes que una pura libertad o autonomía en el vacío, es un *ser*, con una naturaleza y una ontología determinada. La autonomía o racionalidad son capacidades propias de la persona, pero el *ser* es previo"[23].

c) **Yo.** Aunque más adelante se desarrolla el concepto del yo, es oportuno ahora hacer una referencia a la conexión existente entre persona y acción como manifestación del yo. Y es que, el *yo* es el principio unificador, de modo que los actos de la persona no son aislados, sino que forman una trayectoria, una biografía, una historia. En este sentido Wojtyla ofrece una visión original, considerando que "la acción revela a la persona, y miramos a la persona a través de su acción" (…) "La acción nos ofrece el mejor acceso para penetrar en la esencia intrínseca

[20] "Decir persona es afirmar que el hombre trasciende el simple ser individuo de una especie". González R. Emmanuel Mounier y el existencialismo ateo. Persona y Bioética, 2010; 14: 78.

[21] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 113-120.

[22] Rodríguez Luño A, López Mondéjar R. La fecundación "in vitro". Madrid: Palabra, 1986; 82.

[23] Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

de la persona y nos permite conseguir el mayor grado posible de conocimiento"[24].

d) **Interioridad.** Designa ser uno mismo, en persona. La sensibilidad, los afectos y sentimientos, la conciencia de sí, etc. conforman lo propio y específico de cada individuo humano, su mundo interior, íntimo, distinto de cualquier otro hombre o mujer. Es de donde surgen los actos plurales de la vida. "La interioridad consiste en la autodeterminación basada en la reflexión, el ser dueño de sí mismo, y el ser incomunicable en el sentido de inalienable e insustituible"[25]. A través de ésta, la persona experimenta la libertad[26], no sólo como libertad de acción, sino de la persona misma. Y hace posible que el ser humano pueda conocer la verdad, al mismo tiempo que lo trasciende[27].

e) **Singularidad.** La interioridad que caracteriza a cada persona hace de todo individuo humano un ser singular, único e irrepetible. Ahí radica su singularidad: en su dignidad[28], en su carácter de fin en sí mismo. Y es que éste no puede ser sustituido o representado por nada ni por nadie. "Una persona no puede ser sustituida por algo equivalente"[29].

f) **Alteridad y relación.** La alteridad hace posible que un individuo sea capaz de ponerse en el lugar del otro, lo cual posibilita que pueda

[24] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 1982; 12-13.

[25] Rodríguez Luño A, López Mondéjar R. La fecundación "in vitro". Madrid: Palabra, 1986; 79.

[26] "Mediante la inteligencia el hombre descubre el mundo, mediante la libertad interacciona con él". Burgos J M. El personalismo. Madrid: Palabra, 2000; 173.

[27] Cañas J L. ¿Renacimiento del personalismo? Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 2001; 18: 151-176.

[28] "Una sola alma humana equivale más que el universo entero de los cuerpos y de los bienes materiales". Maritain J. Los derechos del hombre. Madrid: Palabra, 2001; 21.

[29] Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Encuentro, 2009; 92.

establecer relaciones basadas en el diálogo, la conciencia [30] y la valoración de las diferencias existentes. Y es que una persona se constituye a través del contacto y reconocimiento del otro. "La persona es un centro de libertad puesto frente a las cosas, al universo mismo, al mismo Dios; dialoga con otra persona, comunica con ella entendiendo y amando" [31]. En este sentido, el personalismo tiene un mismo punto de partida y de llegada: el amor[32]. No es un valor más, sino una parte constitutiva de la persona y por ello, adquiere una relevancia moral. Este planteamiento lleva a Blondel a afirmar que "el amor es lo que hace ser por excelencia"[33]. Mounier hace la siguiente reflexión: "yo amo a algunos hombres, y la experiencia de ello es tan generosa, que por esa experiencia me siento comprometido a estar con cada prójimo que pueda cruzarse en mi camino"[34]. De lo dicho anteriormente, es posible extraer que la afectividad se convierte en una estructura fundamental en cualquier relación, considerando que la categoría moral de una persona será más alta si, además de la pura voluntad, también el corazón responde en la dirección moralmente correcta. "La persona que, viendo a su prójimo en dificultad, no solo le ayuda con obras, sino que también responde con compasión y simpatía, ciertamente tiene una categoría moral más alta que la persona cuyo corazón es insensible y frío mientras ayuda"[35].

g) **Hombre y mujer.** Por último, es importante advertir que no existen personas en abstracto, existen personas masculinas y personas

[30] Definición de conciencia: "Conocimiento claro y reflexivo de la realidad." Definición de la RAE. http://dle.rae.es/?id=A8k1FxD. (Accedido el 18 de diciembre de 2015).

[31] Maritain J. Distinguir para unir o los grados del saber. Buenos Aires: Club de lectores, 1968; 364.

[32] Cañas J L. ¿Renacimiento del personalismo? Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 2001; 18: 151-176.

[33] Blondel M. Exigences philosophiques du christianisme. Paris: PUF, 1950; 241.

[34] Mounier E. Revolución Personalista y Comunitaria. En Díaz C. Emmanuel Mounier. Madrid: Palabra, 2000; 254.

[35] Hildebrand D. Actitudes morales fundamentales. Madrid: Palabra, 2003; 180.

femeninas[36]. Con esta matización no se pretende señalar que el hombre y la mujer sean "dos seres completamente distintos; son esencialmente iguales, pero el modo específico en que se constituye su ser personal, siendo igual en los niveles más radicales, es distinto en sus manifestaciones concretas" [37]. La corporalidad, la psicología, la sensibilidad, la inteligencia y la afectividad se expresan de manera diferente en el hombre y la mujer, enriqueciendo así el mundo del ser personal.

Los aspectos característicos que se acaban de matizar vislumbran a la persona como una realidad absoluta[38]. En este sentido, es importante resaltar que cada individuo debe ser reconocido y respetado como persona concreta, con identidad propia y diferente de los demás seres, nacido de su biografía, de su situación, de su cultura y del ejercicio de su libertad. "Ser persona no es una propiedad añadida al modo de ser humano, sino la realidad misma del ser humano, su existencia concreta. Ello conlleva, en el trato, una exigencia de respeto y consideración que no puede ser equiparada a la que se otorga a otros seres u objetos"[39].

Tras lo expuesto en el párrafo anterior, en esa legítima exigencia de reconocimiento, consideración y respeto hacia la persona como realidad absoluta, se vislumbra la dimensión ética[40]. Ésta consiste en la capacidad que el ser humano tiene para diferenciar entre lo que hace y lo que debería hacer y, por ello, es capaz de valorar los actos como justos o injustos, buenos o malos, honestos o deshonestos, virtuosos o viciosos, etc., afectando toda decisión moral a la

[36] Castilla B. Cultura, naturaleza y persona: género y estructura personal. En Aparisi A. Persona y género. Pamplona: Aranzadi, 2011; 423-467.

[37] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 18.

[38] Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989; 101.

[39] Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

[40] Guardini R. Ética. Madrid: BAC, 2010; 229-250.

persona en su conjunto[41]. Desde este planteamiento, los valores[42] se personalizan, es decir, "los valores tienen sentido para el hombre; o bien, sin el hombre no existen"[43]. De esta forma, el modelo ético personalista admite y considera la existencia de los valores, estableciendo una estrecha relación entre el querer (libertad) y el deber (responsabilidad).

Por último, cabe resaltar la dimensión religiosa[44] en la persona. El ser humano busca incesantemente dar respuesta a las preguntas sobre el sentido de la vida, del dolor, de la muerte, etc. a la espera de una respuesta definitiva. Pese a que las interpretaciones que se dan a estas realidades son, en muchas ocasiones, diferentes, el hecho en sí mismo se impone como un rasgo fundamental en la vida de la persona: se trata de una búsqueda constante de respuestas, enraizada en la condición humana, y cuya manifestación se produce a través del fenómeno religioso.

3.2. CONCEPTO DE DIGNIDAD HUMANA

Hacer referencia a la dignidad humana supone abordar un tema sumamente complejo que además ha sido abundantemente tratado. De hecho, así lo muestra la cuantiosa bibliografía[45]. A todo ello, se añade que el término

[41] "El valor ético de un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también en su contenido objetivo y en las consecuencias". Sgreccia E. Manual de Bioética. México: Diana, 1996; 75.

[42] Guardini R. Ética. Madrid: BAC, 2010; 385-390.

[43] "Si la solidaridad entre los hombres no correspondiera a una definición de hombre y, por esto, a una exigencia estructural o natural de la persona, no tendría razón de ser ni de obligar". Sgreccia E. Manual de Bioética. México: Diana, 1996; 149.

[44] Maritain hace referencia a un movimiento vertical de las personas en el seno de la sociedad "porque la raíz primera de la persona no es la sociedad, sino Dios, y porque el fin último de la persona no es la sociedad, sino Dios". Maritain J. Los derechos del hombre. Madrid: Palabra, 2001; 25.

[45] Entre otros trabajos, Bristow P. The moral dignity of man. Dublín: Four Courts Press, 1993; Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós, 1992; González Pérez J. La dignidad de la persona. Madrid: Cívitas, 1986; Millán Puelles A. Persona humana y justicia social. Madrid: Rialp, 1978; Melendo T,

dignidad posee múltiples significados, y es que designa una realidad muy rica, que puede contemplarse desde diversos puntos de vista. No obstante, entre las diferentes acepciones, resulta más adecuado considerar para el objeto de esta tesis, en consonancia con lo mantenido en el capítulo anterior, el de la dignidad entendida como principio ético-personalista[46].

Cabe señalar que la noción de persona está connaturalmente relacionada con la de dignidad humana[47]. Con la palabra *dignidad* se designa fundamentalmente una cierta "preeminencia o excelencia (…) por la cual algo resalta entre otros seres por razón del valor que le es exclusivo o propio"[48]. Así pues, la persona está revestida de una especial dignidad gracias a la cual sobresale o destaca sobre el resto de la creación, de tal modo que "cada hombre posee un valor insustituible e inalienable"[49]. En realidad, la apelación a la dignidad humana remite a un presupuesto esencial, el valor que todo ser humano tiene en sí mismo, con independencia de cualquier otro factor, lo cual le hace merecedor de un respeto incondicionado[50]. Por ello, es posible afirmar que "sólo la persona es digna en sentido radical"[51]. Y es que, tal y como señala Kant,

---

Millán L. Dignidad: ¿una palabra vacía? Pamplona: EUNSA, 1996; Revet T. La dignité de la personne humanine. París: Economica, 1999; Aulestiarte S. Vivir y morir con dignidad. Pamplona: EUNSA, 2002; Andorno R. La bioétique et la dignité de la personne. París: PUF, 1997; Bon H. La muerte y sus problemas. Madrid: Fax, 1950; Gentles I. A Time to Choose Life. Women, Abortion an Human Rights. Toronto: Stoddart, 1990; González A M. Naturaleza y dignidad. Pamplona: EUNSA, 1996.

[46] Autores como Parfit, Singer y Engelhardt reducen la dignidad humana a la racionalidad, independencia o autonomía de la voluntad, produciéndose, como consecuencia, un doble rechazo: primeramente, la unidad del mismo ser humano, al quedar dividido en dos dimensiones (dualismo); en segundo lugar, la unidad de la especie humana, al separarse los conceptos de ser humano y persona. En Parfit D. Reasons and Persons. Oxford: Claredon, 1984; 332; Singer P. Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra Ética tradicional. Barcelona: Paidós, 1997; 199-206; Engelhardt H T. Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós, 1995; 358.

[47] González Pérez, J. La dignidad de la persona. Madrid: Cívitas, 1986; 19-20.

[48] Millán-Puelles A. Léxico Filosófico. Madrid: Rialp, 1984; 457.

[49] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 142.

[50] González A M. Naturaleza y dignidad. Pamplona: EUNSA, 1996; 45-52.

[51] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 19.

"aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad"[52]. En este sentido, Burgos[53] explicita:

1. *"La dignidad de la persona es una perfección intrínseca y constitutiva".* Toda persona es digna por el simple hecho de ser persona aunque carezca o posea deficitariamente[54] algunas cualidades físicas o psíquicas (por ejemplo, cualquier tipo de discapacidad o minusvalía, enfermedades que afectan a la alteración de la conciencia, etc.).

2. *"La dignidad hace que la persona sea un valor en sí misma y no pueda ser instrumentalizada".* Nadie puede instrumentalizar[55] a la persona, es decir, servirse de ella únicamente como medio para sus intereses (por ejemplo, en referencia a casos de abusos sexuales, laborales, etc.) porque daría lugar a identificarla como cosa, prescindiendo así de su carácter personal.

3. *"El valor de la persona es absoluto"*[56]. Esto quiere decir que, primeramente, dicho valor es superior a cualquier otra realidad que se

[52] Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Encuentro, 2009; 92.

[53] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2005; 48-52.

[54] La Declaración Universal sobre Genoma Humano y Derechos Humanos, de la UNESCO, se refiere a la dignidad en su Preámbulo. En su Artículo 2 detalla: "a) Cada individuo tiene derecho al respeto de su dignidad y derechos, cualesquiera que sean sus características genéticas. b) Esta dignidad impone que no se reduzca a los individuos a sus características genéticas y que se respete el carácter único de cada y uno y su diversidad". Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

[55] "Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca simplemente como un medio". Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Encuentro, 2009.; 117.

[56] "El sujeto posee un valor absoluto al que Kant llama dignidad. Por ella, el sujeto humano pasa a ser considerado persona." Bastons M. Conocimiento y libertad. La teoría kantiana de la acción. Pamplona: EUNSA, 1989; 272-273.

encuentre en el entorno (por ejemplo, los animales, los bienes materiales, el dinero, etc.). En segundo lugar, significa que es un valor no intercambiable, manipulable o sustituible por nada ni nadie (por ejemplo, en ocasiones, ante el fallecimiento a temprana edad de un/a hijo/a, siempre hay algún comentario del tipo: "son padres jóvenes, pueden tener más hijos/as". No obstante, no es posible sustituir la ausencia de un/a hijo/a con el nacimiento de otro/a nuevo/a ya que son personas únicas e irrepetibles). No se debe atentar contra la dignidad humana. Y es que ésta no puede basarse sólo en algunas manifestaciones del ser humano (por ejemplo, en la racionalidad, en la capacidad de sufrir, en la consecución de algún logro personal o profesional, etc.) ya que la dignidad se fundamenta en el propio ser personal.

4. *"La dignidad de la persona es el fundamento de los derechos humanos"* [57]. Del valor intrínseco[58] de la persona y de la dignidad humana se extraen los derechos fundamentales[59], que son la base para el respeto y la convivencia con las demás personas.

5. *"La dignidad de la persona hace que cada hombre y cada mujer sean irrepetibles e insustituibles."* Las peculiaridades de cada persona hace vislumbrar que cada una de ellas es única e irrepetible [60] ,

[57] Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989; 89-123.

[58] "El concepto de los Derechos Humanos sólo es comprensible como la garantía jurídica de unos valores (…) que son previos e independientes de todo acto de valoración." Barrio J M. Elementos de Antropología Pedagógica. Madrid: Rialp, 2000; 135.

[59] "La Carta de las Naciones Unidas (1945), y la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), entre otros documentos, consagran este principio (la dignidad humana), reconociéndolo como fundamento último de los derechos humanos. (…) Interesa hacer notar que, en este texto, y en el resto de las Declaraciones y Convenios internacionales que le seguirán, la dignidad se atribuye, expresamente, a todos los seres humanos". Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

[60] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 142-143.

independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, etc.

Tras exponer el concepto de dignidad, se puede plantear una posible objeción: si toda persona debe ser tratada dignamente, respetando su libertad ¿por qué se admiten en una sociedad avanzada medidas que atentan contra la dignidad personal, como es, por ejemplo, el aborto o la eutanasia? ¿No sería un reconocimiento expreso de que, de hecho, no toda persona humana es digna o, al menos, igualmente digna? Parece evidente que existen comportamientos que están en armonía con la naturaleza humana y otros que son contrarios a tal naturaleza. Con tal de esclarecer esto, es preciso distinguir[61] una doble dignidad: la *dignidad ontológica* y la *dignidad moral o existencial*.

La *dignidad ontológica* es la que está unida de manera inherente a la persona por el sólo hecho de ser, de existir. Es independiente de cualquier cualidad o conducta personal. Este tipo de dignidad sólo se pierde con la muerte de la persona. Como destaca Hervada, a pesar de las radicales desigualdades que separan a los seres humanos, "lo igual en todos –independiente de toda condición social o rasgos diferenciales- es justamente la naturaleza. En ella se asienta la dignidad que por ser de naturaleza, es igual en todos"[62]. Además, Aparisi señala que "entender que el ser humano es digno por sí mismo, y no sólo en razón de su conciencia o racionalidad, puede parecer una diferencia muy sutil, pero tiene una gran trascendencia práctica: lo digno no es sólo su razón o su capacidad de autodeterminarse moralmente, sino también su naturaleza corporal, toda ella penetrada de racionalidad. Y ello, con independencia de que, a lo largo de su vida, un ser humano realmente desarrolle, o no, toda su potencialidad"[63]. En este

[61] Esta distinción se realiza sólo para la explicación (para así lograr una mayor comprensión) pero, en estricto sentido, la dignidad moral se desprende de la ontológica. Puesto que cada ser actúa de acuerdo a lo que es, no es posible tener dignidad moral si no se tuviera primero dignidad ontológica, es decir, la que corresponde a nuestra naturaleza de ser personas.

[62] Hervada J. Lecciones propedéuticas de Filosofía del derecho. Pamplona: EUNSA, 1995; 449.

[63] Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

sentido, en la medida en que la subjetividad personal se manifiesta en una naturaleza corporal, no hay respeto a la persona sin respeto a su naturaleza física[64].

Por otro lado, la *dignidad moral o existencial* guarda relación con el hacer. Es la que se deriva de los actos intencionales de la persona. Ésta no añade nada al valor absoluto que la persona tiene, es una dignidad complementaria, derivada del carácter libre[65] de la persona, de su dimensión moral. Por la manera de vivir, la persona se hace digna o indigna moralmente en la comunidad. Cada uno la construye; no es igual en todos.

En definitiva, como señala García Cuadrado, "la dignidad ontológica no se gana ni se pierde por el uso que se haga de la libertad, mientras que la segunda sí cabe obtenerla o perderla: se obtiene por el buen uso de la libertad, y se pierde cuando se hace mal uso de ella"[66].

Por ello, en esta tesis, cuando se haga referencia a la dignidad, se hará en relación a la dignidad ontológica y se considerará si los actos son adecuados o no a ésta, pero sin identificarla con otro tipo de dignidad. Esta simplificación es adoptada para facilitar el aprendizaje del profesional asistencial cuando se aborde la Presencia Intencional.

Por último, cabe señalar que los conceptos de persona y dignidad que se han expuesto serán la base fundamental en la definición que más adelante se aporta de Presencia Intencional.

[64] González Pérez J. La dignidad de la persona. Madrid: Cívitas, 1986; 19-20.

[65] Millán-Puelles A. Léxico Filosófico. Madrid: Rialp, 1984; 456.

[66] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 146.

LA SINGULARIDAD DE LA PERSONA ENFERMA

4. LA SINGULARIDAD DE LA PERSONA ENFERMA

En el presente capítulo es fundamental que se analicen y se describan las realidades con las que han de hacer frente tanto los/las profesionales enfermeros/as como los/las pacientes y sus familias. Se trata de la enfermedad, la vulnerabilidad y, en última instancia, el duelo. Realidades que no son puramente físicas, tienen también un componente psicológico y espiritual, y que comportan un desafío a la hora de manejar estas situaciones adversas. En este sentido, como se verá más adelante, son situaciones que deben ser adecuadamente entendidas y abordadas por el/la profesional enfermero/a que quiere basar su práctica asistencial en una adecuada Presencia Intencional.

4.1. LA ENFERMEDAD EN EL SER HUMANO

4.1.1. Introducción

En primer lugar, antes de profundizar en este capítulo, es importante advertir que no es posible exponer qué es la enfermedad para el ser humano sin antes esbozar y aclarar que se entiende por salud, ya que una realidad es consecuencia de la otra.

Así pues, cabe empezar por explicar que el/la enfermero/a[67] es alguien que trabaja en el ámbito de la salud, por lo que su razón de ser y centro de su actividad reside en aquellas personas que requieren atención, ya sea para ayudarlas a prevenir[68] una enfermedad, para curarlas, para intentar paliar sus

[67] Zurro M A, Cano P J. Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier, 2008, 155.

[68] Germán Bes C, Moreno Azanar L, Tomás Aznar C. Escenarios de aprendizaje en educación para la salud en la diplomatura de Enfermería. Zaragoza: Trabajo Social y Salud 35, 2000; 243-249.

dolencias o para acompañarlas en el proceso del morir[69]. Y es que, en los diversos ámbitos en los que los/las profesionales de Enfermería intervienen, apuntan a un elemento común: la salud[70]. En el ser humano puede darse dos situaciones: estar sano o enfermo. En el primer caso, el/la enfermero/a sólo intervendrá en cuanto a labores de prevención y promoción. En el segundo, en cambio, es en el que prioritariamente se justifica su labor.

Dicho esto, y aunque son realidades que se experimentan, son muchos/as los/las profesionales asistenciales y los/las pacientes que se detienen a reflexionar acerca de los conceptos de salud [71] y enfermedad. En este sentido, cabe profundizar en ellos para una mayor comprensión de las situaciones a las que han de hacer frente.

4.1.2.En relación a la salud

4.1.2.1. Definición

Antes de definir el término salud, es importante señalar las razones por las cuales es necesario aclarar el concepto:

1. En primer lugar, porque es por lo que los/las profesionales sanitarios/as se esfuerzan y luchan por conseguir en sus pacientes y no pueden ser ajenos a ella.

2. En segundo lugar, porque el significado de salud no es unívoco y, por tanto, las personas pueden entenderlo de modos diversos. Además, esa disparidad de contenidos del término lleva a objetivos

[69] Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 243-250.

[70] San Martin V. Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1988; 54-57.

[71] Pardo A. Cuestiones básicas de Bioética. Madrid: Rialp, 2010; 41.

sanitarios bien distintos; por tanto, determinar qué concepto es el que está funcionando es esencial para poder entender y definir fines que hay que lograr.

3. En tercer lugar, en la relación con el/la paciente, la concepción que el/la usuario/a tiene de la salud puede ir acompañada por otras cuestiones relacionadas, como calidad de vida [72 - 73] o sentirse acompañado/a. A partir de aquí, escuchar al/a la paciente, su modo de entender la vida, los valores que le parecen importantes, etc. será una labor inexcusable para poder adecuar los cuidados a las necesidades reales de la persona enferma.

Por todo ello es imprescindible entender que este es un tema complejo y que atañe a la persona en su conjunto y no sólo físicamente.

Dicho esto, cabe señalar que la salud puede contemplarse como un hecho y, por tanto, es posible valorarla externamente, con criterios más o menos objetivos. No obstante, también se puede vislumbrar como salud percibida[74]. En este caso será difícil dar una definición ya que ésta se vive, y la experiencia que uno tiene de la salud no puede ser encasillada ni generalizada. Así pues, cabe señalar que cuando se pretende describirla se hace siempre por medio de su estructura y sus funciones. Es decir, bajo el prisma de la primera opción que se ha presentado.

Son numerosas las definiciones que describen la salud. La OMS la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Otras definiciones identifican la salud como "el estado en que el ser orgánico ejerce totalmente sus

[72] Walter J J, Shannon T. Quality of life. New Jersey: Paulist Press, 1990; 54-60.

[73] Meran J G. Quality and value of life. UK: CMQ, 1997; 14.

[74] Kozier B. Erb G. Blais K. Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería. México: McGraw-Hill, 1995; 251-261.

funciones"[75]. También la señalan como "aquella predisposición de la voluntad evocadora de una manera de hacer que busca el bien y el bienestar integral de la persona y de su entorno"[76]. No obstante, la definición que se toma como base en este trabajo es la que San Martin razona: "una persona sana es un individuo que demuestra una armonía física, mental, emocional y social con su ambiente incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo salvo la muerte) de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar personal y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre los medios interno y externo de un ser humano"[77]. Por tanto, la salud es un proceso[78-79] en el cual el individuo se desplaza sobre el eje salud-enfermedad, acercándose a uno u otro extremo según se refuerce o se rompa el equilibrio.

4.1.2.2. Los factores determinantes de salud

Es cierto que la salud se sustenta en la ciencia y en la práctica asistencial. Sin embargo, también se consigue con el esfuerzo de la propia persona. Eso es lo que, ya en 1974, el Informe Lalonde[80] sugería, que existen cuatro determinantes generales que influyen en la salud:

1. *Biología humana*. Incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano, tales como la herencia genética, la maduración y envejecimiento, las

[75] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=salud. (Accedido el 7 de septiembre de 2015).

[76] Boixareu R M. De la Antropología filosófica a la Antropología de la salud. Barcelona: Herder, 2008; 163.

[77] San Martin H. Salud y enfermedad. México: La prensa médica, 2008; 116.

[78] Calvo S. Educación para la Salud en la Escuela. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 18.

[79] García A, Saéz J, Escarbajal de Haro A. Educación para la Salud: la apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán, 2000; 33-34.

[80] Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. Ottawa: Dept. of National Health and Welfare. Government of Canada, 1974.

características de los diferentes sistemas del cuerpo (nervioso, endocrino, digestivo, etc.).

2. *Medio ambiente*. Incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo sobre los cuales el individuo tiene una muy limitada capacidad de control y que influyen sobre la salud. Se clasifican en dos grupos: 1) Medio ambiente físico, que hace referencia a la calidad del aire, agua, suelos, contaminantes químicos, etc. 2) Medio ambiente social y cultural, asociado a aspectos demográficos, relacionales, nivel económico, grado de desarrollo, etc.

3. *Estilo de vida y conductas de salud.* Los comportamientos a nivel individual y colectivo ejercen una influencia sobre la salud de la persona. Los hábitos de vida nociva (consumo de drogas, nutrición inadecuada, sedentarismo, conducción temeraria, etc.) tienen consecuencias nefastas para la salud.

4. *Sistema sanitario*. Hace referencia a la cantidad y calidad de los recursos utilizados para satisfacer las demandas y necesidades de la población así como las estructuras, organizaciones y políticas relativas al sector.

Desde 1974, mucho se ha avanzado en la refinación y profundización desde este marco conceptual básico[81]. En particular, existe una evidencia significativa de que otros factores diferentes de la Medicina y de la atención de la salud (cuya contribución es limitada), son crucialmente importantes para tener una población sana. Actualmente son doce, pero esta lista puede evolucionar a medida que la investigación en salud de la población progrese. Forman parte de

[81] Marmot M. Historical perspective: the social determinants of disease-some blossoms. Epidemiologic Perspectives & Innovations, 2005; 2: 4.

lo que se denomina *abordaje de salud de la población*, que considera el rango completo de factores y condiciones individuales y colectivos (y sus interacciones) que han demostrado estar correlacionadas con el estado de salud. Comúnmente llamados *determinantes de salud*[82-83-84], estos factores incluyen: 1) Nivel de renta y su distribución. 2) Formas de producción. 3) Tecnología disponible. 4) Vivienda y urbanismo. 5) Saneamiento medio ambiental y desarrollo ecológico. 6) Alimentación y nutrición. 7) Nivel educativo. 8) Desarrollo democrático y de los derechos humanos. 9) Industrialización. 10) Ejercicio físico, deporte y organización del ocio. 11) Trabajo y condiciones del mismo. 12) Sistema sanitario.

4.1.3.En relación a la enfermedad

4.1.3.1. Definición

La enfermedad se define como "un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo, en el cual padecen las acciones y funciones vitales y por el que el individuo afecto vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal)"[85]. También se entiende como "la pérdida parcial del bien corpóreo más alto: la salud"[86]. Y es que dicho término se describe como "un fenómeno vital que se especifica como un conflicto, un proceso a través del cual se hace patente la pérdida o debilidad, la alteración de la capacidad de decisión y ejecución personal, autónoma o colectiva, acompañada o

[82] Piedrola G. Medicina preventiva y Salud Pública. Madrid: Elsevier, 2005; 1-12.

[83] Rubiales M H, Portillo R M, Rodrigo F. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. México: MacMillan Professional, 2008; 54.

[84] OMS. Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Ginebra: 30a Asamblea Mundial de la Salud, 1977.

[85] Laín Entralgo P. El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica. Madrid: Moneda y Crédito, 1968; 49.

[86] Monge M A. Ética, salud, enfermedad. Madrid: Palabra, 1991; 54.

no de trastorno, sufrimiento, reconocimiento social, que conduce a una manera de vivir particular y personal"[87]. En pocas palabras, la enfermedad[88] es la vida amenazada.

Cabe señalar, además, que la enfermedad siempre es un fenómeno físico, psíquico y espiritual, esto es, afecta a la globalidad[89] de la persona. Ciertamente hay enfermedades, pero es porque hay enfermos[90] que las padecen, es decir, cada uno la vive y la convive *en* y *desde* su propia individualidad. Está claro que ésta se tipifica en unos signos comunes de los cuales participa el enfermo (síntomas, causas y consecuencias), pero es el propio ser humano quien le da su impronta personal ya que éste habla de su enfermedad desde la vivencia, y no sólo desde el conocimiento clínico. Es *su enfermedad*, mientras que para los demás es la enfermedad de otro. Así pues, en ella se distinguen dos aspectos fundamentales:

1. *Aspecto somático o físico*. Síntomas de una enfermedad objetiva, manifiesta o detectable.

2. *Aspecto psíquico*. Entran en juego diversos sentimientos por parte del sujeto enfermo, tales como invalidez, molestia, amenaza, soledad, etc. Todos estos elementos están condicionados por el tipo de enfermedad, la situación social del enfermo, el contexto histórico y la personalidad individual.

[87] Boixareu R. De la Antropología filosófica a la Antropología de la salud. Barcelona: Herder, 2008; 183.

[88] Merino Rodríguez S. Diseñados por la enfermedad. Madrid: Síntesis, 2013; 35-50.

[89] Martínez C L. Clínica Propedéutica Médica. México: Méndez Cervantes, 2002; 1-9.

[90] Monge M A. Ética, Salud, Enfermedad. Madrid: Palabra, 1991; 102-105.

4.1.3.2. Etapas de la enfermedad

El proceso de enfermar se divide en 5 etapas[91-92-93]:

1. *Prepatogénico*. Se da antes de las manifestaciones clínicas y depende de las condiciones del medio ambiente, el agente y el huésped. Los factores de riesgo pueden ser de dos clases: *endógenos* (condiciones genéticas, inmunitarias, anímicas, etc.) y *exógenos* (el medio ecológico, que depende del agente).

2. *Patogénico subclínico*. Se inicia cuando hay contacto entre el huésped y el agente desencadenante de la enfermedad. En esta etapa existen lesiones anatómicas o funcionales pero a nivel muy bajo pues el paciente no se percata o, si lo hace, no acude al médico porque le resulta una cuestión carente de importancia.

3. *Prodrómico.* Aparecen los síntomas generales, dificultando determinar qué patología afecta al huésped.

4. *Clínico.* Aparecen signos y síntomas específicos, lo que permite determinar la patología y el posible tratamiento a aplicar para curar al paciente y evitar secuelas.

5. *De resolución.* Es la etapa final. Pueden darse tres casos, esto es, que la enfermedad desaparezca, que se vuelva crónica o que el paciente fallezca.

[91] Porta M A. Dictionary of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2008.

[92] Olsen J, Christensen K, Murray J, Ekbom A. An introduction to Epidemiology for Health Professionals. New York: Springer, 2010, 26-27.

[93] Bhopal R. Concepts of Epidemiology. Integrating the ideas, theories, principles and methods of epidemiology. New York: Oxford University Press; 2008.

4.1.3.3. Características fundamentales

Es importante advertir que la enfermedad[94] es la cara visible del dolor, de la incomunicación, de la desocialización, del rechazo, de la soledad, del sufrimiento, de la desesperación, de la alteración de funciones, de las incapacidades, etc. Sin duda, la enfermedad nos dice algo acerca de la existencia humana, acerca de la realidad del hombre en cuanto tal, y la Enfermería debe ser sensible ante esta realidad. De este modo, cabe señalar que:

1. La enfermedad evidencia la condición corpórea[95-96] de la existencia humana y, en consecuencia, las limitaciones que el ser humano tiene. En este sentido, a través de ella, se manifiesta el sufrimiento, el dolor, la fragilidad, la limitación, la finitud y la muerte. Apunta hacia la extinción de la persona, tanto biológica como biográfica, amenazándola y haciéndola frágil.

2. También pone de manifiesto la constitutiva apertura de la existencia humana al *otro*, ese carácter de necesidad y ayuda solícita[97]. Y es que el sufriente, desde su fragilidad e indefensión, despierta en las personas cercanas a él sentimientos de empatía y de comprensión frente a lo que le acontece. A su vez, la enfermedad puede originar una respuesta de ayuda al necesitado.

[94] Kay Toombs S. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer, 1992; 18-22.

[95] Byron G. Medicina, racionalidad y experiencia. Barcelona: Bellaterra, 2003; 176-184.

[96] Laín Entralgo P. El estado de enfermedad. Madrid: Moneda y Crédito, 1968; 49.

[97] "Los hombres que sufren se hacen semejantes entre sí a través de la analogía de la situación, la prueba del destino o mediante la necesidad de comprensión y atenciones; quizá sobre todo mediante la persistente pregunta acerca del sentido de tal situación. Por ello, aunque el mundo del sufrimiento exista en la dispersión, al mismo tiempo contiene en sí un singular desafío a la comunión y la solidaridad". Juan Pablo II. Exhortación apostólica Salvifici Doloris. Madrid: San Pablo, 1984; 15-16.

3. Enfermar lleva implícito la vulnerabilidad[98]. En la condición humana de la persona se evidencia su limitación, su fragilidad, que lo hace vulnerable y está expuesto constantemente a experimentar el mal, que lo encamina al estado de sufrimiento[99].

4. También, la enfermedad puede conllevar dolorabilidad[100], afectando a la parte física de la persona. La experiencia clínica constata que el dolor posee un doble interés para el personal sanitario ya que "por un lado, el dolor es un síntoma que obliga al diagnóstico de su causa y, por otro, el dolor se convierte en algunos casos en una dolencia crónica muy incapacitante para el paciente y que plantea, sobre todo, un desafío terapéutico"[101].

5. Junto a estos rasgos, es importante señalar la experiencia personal del ser humano a través de la propia vivencia de la enfermedad, y el sentido[102] que le otorga a su dolencia en la trama de su vida.

Todas estas características son fundamentales tenerlas presentes para desempeñar satisfactoriamente los cuidados de Enfermería. Y es que la tarea primordial y principal de ésta es la atención solícita a otro ser humano que lo necesita. Es aquí donde, como se mostrará más adelante, la Presencia Intencional

[98] Cassell E J. The nature of suffering and the goals of medicine. NewYork: Oxford University Press, 1991.

[99]El hombre sufre a causa del mal, que es una cierta falta, limitación o distorsión del bien. Se podría decir que el hombre sufre a causa de un bien del que él no participa, del cual es en cierto modo excluido o del que él mismo se ha privado. Sufre en particular cuando *debería* tener parte –en circunstancias normales- en este bien y no lo tiene". Juan Pablo II. Exhortación apostólica Salvifici Doloris. Madrid: San Pablo, 1984; 13-15.

[100] "El dolor es una experiencia desagradable con un componente emocional y otro sensorial, sea este actual, potencial o definido en término de tal daño". Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Oncología, 2005; 28: 139-143.

[101] Zarranz J J. Neurología. Madrid: Hancourt Brace, 1998; 251-259.

[102] Pangrazzi A. ¿Por qué a mi? El lenguaje sobre el sufrimiento. Madrid: San Pablo, 1994; 67.

juega un papel trascendental puesto que acompañar y cuidar es una actitud humana derivada del reconocimiento de los seres humanos como personas que, en cuanto tales, no pueden resultar indiferentes.

4.2. LA VULNERABILIDAD HUMANA

4.2.1.Concepto de vulnerabilidad

En innumerables ocasiones, a lo largo de la existencia humana, la persona se ve obligada a hacer frente a situaciones donde se pone en cuestión su propia fortaleza. Y es que la fragilidad del ser humano se manifiesta de múltiples formas: personas solas y abandonadas; personas cansadas de vivir; personas perseguidas y calumniadas; personas desdichadas, excluidas y marginadas; personas que no encuentran sentido a su vida; personas que no encuentran paz en su corazón; personas que sufren a consecuencia de los malos tratos o por sentimientos de culpabilidad; enfermos sin cura; ancianos sin cariño; personas que han perdido algún ser querido; parejas rotas o familias desestructuradas; personas que experimentan el rechazo, la incomprensión o el fracaso; pueblos que sufren guerras, miseria y hambre; etc.

A través de los ejemplos anteriores, es posible vislumbrar que la persona es un ser *vulnerable*[103-104] por ser susceptible de recibir daño o perjuicio físico o moral en toda su extensión temporal. "La vulnerabilidad puede definirse como la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la

[103] Rof Carballo J. Cerebro interno y mundo emocional. Barcelona: Labor, 1952; 57-63.

[104] López Ibor J J. La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo, 1950; 32-33.

actividad humana, y para recuperarse de los mismos"[105]. De este modo, la vulnerabilidad se relaciona con la falta de capacidad de un individuo o de una comunidad para enfrentar amenazas específicas en un momento dado. Además, entender que la persona no es un ser blindado, autárquico y autónomo, evidencia algo más: su *indigencia*. El ser humano carece de recursos propios para alcanzar la plenitud a la que aspira. "La vulnerabilidad tiene relación no sólo con la corporalidad humana, sino también con aquello a lo que el ser humano está expuesto (al infortunio, a sus emociones, a la necesidad de los otros para vivir) y a aquello de lo que es capaz (compasión, amor)"[106].

4.2.2.Tipos de vulnerabilidad

La persona puede encontrarse diferentes situaciones y momentos que le hagan plantearse cuánto de vulnerable[107] hay en él, ya sea en ese preciso instante o en algún periodo de su vida.

4.2.2.1. Vulnerabilidad biológica

Este primer tipo de vulnerabilidad afecta a la persona en tanto que es apertura al mundo, poniendo así de manifiesto la falta de especialización biológica. "La conducta humana se caracteriza biológicamente por la evidente falta de especialización del hombre. (…) Éste no está adaptado a unas determinadas condiciones ambientales por su disposición corporal, la configuración de sus miembros y una determinada forma de alimentación y de vida"[108]. También se vislumbra la falta de vinculación instintiva[109] al medio.

[105] Definición de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. https://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/que-es-la-vulnerabilidad/ (Accedido el 10 de septiembre de 2015).

[106] Nussbaum M. Emociones políticas. Barcelona: Paidós, 2014; 295-310.

[107] Torralba i Roselló F. Ética del cuidar. Madrid: Mapfre, 2002; 71-75.

[108] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 105.

[109] Millán-Puelles A. Sobre el hombre y la sociedad. Madrid: Rialp, 1976; 22-54.

"Comparado con el animal, el hombre manifiesta además una sorprendente pobreza de instintos"[110].

Todo ello hace a la persona vulnerable y radicalmente dependiente de los demás[111]: vulnerable porque el mundo será una amenaza para él hasta que no aprenda a relacionarse con éste, a dominarlo y a controlarlo; dependiente porque el proceso de inserción y la consecución de la autonomía es largo y precisa necesariamente de las demás personas, fundamentalmente de los progenitores.

4.2.2.2. Vulnerabilidad personal

El individuo humano tiene un rango ontológico superior, esto es, no es un animal entre los animales, es persona, y precisamente este carácter personal revela otro tipo de vulnerabilidad: la amenaza surge ahora cuando alguien dispensa a sí mismo y/o a los demás un trato infrapersonal, es decir, de cosa y no de persona. Y esto puede darse de dos modos:

1. Cuando "la realidad personal es patente y, sin embargo, no es reconocida como tal" [112]. La falta de reconocimiento personal viene dada por el resultado de una mala comprensión de dos elementos fundamentales: la posesión de sí mismo y la intimidad personal. A partir de aquí, en primer lugar, es importante señalar que la persona no es propiedad de nadie y dispone libremente de sí. "En mi ser mismo no puedo, en último término, ser poseído por ninguna

[110] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 107.

[111] "No es posible buscar el bien de cada uno sin buscar a la vez el bien de todos los que participan en esas relaciones, puesto que un individuo no puede tener una buena comprensión práctica de su propio bien o su florecimiento separado e independiente del florecimiento del conjunto entero de relaciones sociales en que se ubica". MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Barcelona: Paidós, 2001; 128.

[112] Cayuela A. Vulnerables. Pensar la fragilidad humana. Madrid: Encuentro, 2005; 18.

instancia, sino que me pertenezco a mí mismo"[113]. En segundo lugar, el ser humano es poseedor de una realidad interior que en ocasiones puede expresar pero que nadie puede, en última instancia, penetrar. Esto es la *intimidad*[114]. "Yo no puedo ser habitado por ningún otro, sino que en relación conmigo estoy siempre sólo conmigo mismo"[115].

2. Cuando en el individuo humano *"no es patente o evidente su realidad personal"*[116]. Esto se hace presente, por ejemplo, en los primeros estadios de la vida humana, al final de los mismos o cuando el ejercicio de la inteligencia y la libertad ha quedado mermada por una enfermedad. Las líneas argumentales que defiende este tipo de pensamiento[117-118-119] se basan en que no existe la persona pues no posee la capacidad de razonar (por

[113] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 1982; 125.

[114] "Sólo el hombre puede expresar la distinción y distinguirse, y sólo él puede comunicar su propio yo y no simplemente algo: sed o hambre, afecto, hostilidad o temor." Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós, 1993; 201.

[115] Guardini R. Mundo y persona. Madrid: Encuentro, 2000; 104.

[116] Cayuela A. Vulnerables. Pensar la fragilidad humana. Madrid: Encuentro, 2005; 19.

[117] Para Singer: "…puesto que la actitud de la nueva ética que he estado defendiendo rechaza incluso la idea de que toda vida humana tiene el mismo valor, sin tener en cuenta su calidad o características… Y desde el punto de vista de la ética revisada… El derecho a la vida no es un derecho exclusivo de los miembros de la especie *homo sapiens*… un derecho que poseen, apropiadamente, las personas". Y en otro lugar: "No hay razón para matar chimpancés antes que a niños anencefálicos". Singer P. Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra Ética tradicional. Barcelona: Paidós, 1997; 182-206.

[118] Engelhardt clasifica a los seres humanos en función de "su alejamiento frente al ideal de autonomía. Los cigotos, embriones, fetos, anencefálicos y comatosos persistentes se llegan a considerar inferiores a ciertos mamíferos superiores, ya que podría admitirse que éstos últimos poseen mayor racionalidad". Engelhardt H T. Los fundamentos de la Bioética. En: Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

[119] Dwokin afirma que "nada que carezca de interés puede tener un derecho y nada puede tener un interés si carece de conciencia. En consecuencia, como los fetos (al menos en las primeras fases del embarazo) no tienen conciencia, no pueden tener intereses ni derechos". Dworkin R. Life's dominion: an argument about abortion, eutanasia and individual freedom. En: Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

ejemplo, es el planteamiento que realizan para justificar el aborto) o, simplemente, esa capacidad ha desaparecido por enfermedad o lesión (por ejemplo, en el coma). Es decir, plantea que el ser humano no es dueño de sí mismo. Sin embargo, esto no es así puesto que lo que ha desaparecido o todavía no ha surgido es el ejercicio de ciertas actividades, sin afectar ontológicamente a la persona. Y es que el ser humano es un modo muy concreto de ser[120] y no depende de sus actos para ser. Como ya se ha especificado en otro capítulo, se es persona[121] y desde ese modo de ser se realiza lo demás.

A partir de estas reflexiones se vislumbran dos formas donde se manifiesta la vulnerabilidad:

1. Las personas, al poseer un grado mayor de individualidad, se convierten en únicas e irrepetibles, y por ello son más vulnerables e indigentes. "Cuanto más inferior es el ser vivo, tanto más se sume en la exigencia de la especie; cuanto más elevado, tanto más intenso es el instinto de imponerse individualmente. (…) Pero justamente por ello se encuentra también amenazado, porque cuanto más estrictamente se destaca el individuo de la especie y del número, tanto más pierde la seguridad que desde allí recibe. (…) La individualidad es un valor; cuanto más se despliega, tanto más insegura se hace su subsistencia"[122].

2. En el proyecto de vida en el que la persona está inmerso y donde ésta se despliega se revela también su vulnerabilidad. Y es que el carácter proyectivo y futurizo de la vida del ser humano conlleva

[120] Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989; 88-96.

[121] González A M. Naturaleza y dignidad. Pamplona: EUNSA, 1996; 97-99.

[122] Guardini R. Mundo y persona. Madrid: Encuentro, 2000; 96.

> cierta inseguridad. "La inseguridad es la condición misma de la vida humana. Al no estar hecha, depender de circunstancias que son variables, requerir un esfuerzo de imaginación y luego decisión, consiste en *acontecer*, y al mismo tiempo requiere una dosis de estabilidad para que la proyección hacia lo inseguro sea posible"[123].

Es importante señalar que el ser humano, para llevar a cabo su proyecto vital, precisa de los demás[124]. "El origen real de la persona humana, el nacimiento, excluye la soledad. No sólo cada persona procede de otras, de los padres, sino que la constitutiva menesterosidad del recién nacido, prolongada durante bastante tiempo, hace que la vida personal sea necesariamente interpersonal, es decir, convivencia"[125].

Además, cabe señalar que existe la vulnerabilidad espiritual[126] en la persona. Y es que el espíritu enferma cuando se opone radicalmente a la verdad, se encierra herméticamente en su egoísmo y renuncia a la justicia. "El espíritu no puede llevar a capricho su vida sin que ello influya en su ser mismo. La vida del espíritu (y esto caracteriza su esencia) no recibe su garantía del ser, sino también y definitivamente de lo válido: de la verdad, del bien. Si se aparta, él mismo se hace problemático en tanto que espíritu"[127]. La persona en el ámbito espiritual también es vulnerable. Pero si bien puede mentir, cometer injusticia o faltar al amor, también posee la capacidad de recapacitar, volver sobre sus pasos y rectificar. Sin embargo, cuando persiste en contra de estos tres valores (verdad, justicia y amor) de forma permanente el alma humana enferma.

[123] Marías J. Mapa del mundo personal. Madrid: Alianza, 1994; 53.

[124] Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. Boston: Elsevier, 2000; 1557–1570.

[125] Marías J. Persona. Madrid: Alianza, 1996; 39.

[126] Frankl V. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 1987; 193.

[127] Guardini R. Mundo y persona. Madrid: Encuentro, 2000; 106.

4.2.2.3. Vulnerabilidad existencial

Este tipo de vulnerabilidad e indigencia hace referencia a lo que experimenta el ser humano en la realización de su proyecto vital. En este apartado cabe destacar dos puntos significativos: el sufrimiento y la muerte.

1. *El sufrimiento.* Manifiesta la vulnerabilidad de la persona pues es el modo en que la naturaleza del ser humano grita y se comunica cuando se siente herida o amenazada. Surge como consecuencia de la experiencia del mal [128] en la vida humana. Juan Pablo II especifica en su Carta Apostólica Salvifici Doloris que el sufrimiento "no es directamente identificable con el mal (objetivo), sino que expresa una situación en la que el hombre prueba el mal, y probándolo se hace sujeto de sufrimiento" [129]. Por tanto, cabe señalar que la persona se encuentra siempre sometida a continuos cambios[130] de todo tipo en su medio interno y externo, la mayoría de ellos poseen un significado desde el punto de vista del continuo bienestar-malestar. No obstante, a lo largo del recorrido vital se dan situaciones anómalas[131] (tanto si es de origen somático, ambiental, psicosocial o cognitivo), que se perciben como una amenaza para el sujeto y su bienestar. Ante esto, el sujeto evalúa sus recursos y, si se siente impotente para hacerle frente, le generará sufrimiento, pudiéndose incluso amplificar la intensidad o presencia del factor o estado desencadenante como consecuencia de su falta de control

[128] "El hombre sufre a causa del mal, que es una cierta falta, limitación o distorsión del bien. Se podría decir que el hombre sufre a causa de un bien del que él no participa, del cual es en cierto modo excluido o del que él mismo se ha privado. Sufre en particular cuando debería tener parte –en circunstancias normales- en este bien y no lo tiene". Juan Pablo II. Exhortación apostólica Salvifici Doloris. Madrid: San Pablo, 1984; 23-25.

[129] Juan Pablo II. Exhortación apostólica Salvifici Doloris. Madrid: San Pablo, 1984; 13-15.

[130] Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 1996; 87-88.

[131] Chapman C R, Gravin J. Suffering and its relationship to pain. Montreal: Journal of Palliative Care, 1993; 9: 5-13.

sobre la situación. Es importante no olvidar que "*ser afectado* es una realidad inevitable, necesaria y positiva, es decir, trascendental; en cambio *sufrir* o no sufrir sólo se da en la conciencia y depende, por ello, de la libertad humana"[132].

Esta realidad pone en tela de juicio dos características fundamentales en la condición humana: la libertad y la alteridad[133]. La persona no sería completamente libre si únicamente viviera bajo la influencia incondicional del bien, y no habría posibilidad de elección entre diferentes opciones y acciones que se presentan a lo largo de vida. También, el hecho de experimentar una determinada situación que comporta la experiencia del mal posibilita que una persona cambie su propia perspectiva por la del otro [134 - 135], considerando y teniendo en cuenta el punto de vista del que sufre, su concepción del mundo, sus intereses y sus ideologías, no dando por supuesto que la de *uno* es la única posible.

2. *La muerte.* La vida humana es frágil: un accidente, una enfermedad, etc. pueden acabar con la vida de cualquier persona, incluso con la del más fuerte. Josef Pieper dice que "amar algo o alguna persona significa dar por bueno, llamar bueno a ese algo o a ese alguien. Ponerse de cara a él y decirle: Es bueno que existas, es bueno que estés en el mundo"[136]. Y es precisamente la muerte la que ataca radicalmente este principio: desaparece aquella persona que no sólo se le consideraba buena, sino necesaria para dotar de sentido la propia existencia. El ser humano es consciente que

[132] Alvira R. A dor e sofrimento. Oporto: Campo das Letras, 2001; 33-40.

[133] Lévinas E. Dios, la muerte y el tiempo. Madrid. Cátedra, 2008; 101-103.

[134] Benhabib S. El ser y el otro en la ética contemporánea. Barcelona: Gedisa, 2006; 37.

[135] Gabilondo A. La vuelta del otro: diferencia, identidad y alteridad, Madrid: Trotta, 2001; 54-56.

[136] Pieper J. Las Virtudes fundamentales. Madrid: Rialp, 2003; 436.

camina hacia la muerte[137], pero de una manera imprecisa y vaga ya que, en primer lugar, no tiene certeza del momento en que ocurrirá; en segundo lugar, aunque percibe la muerte de otros, hasta cierto punto, éstas no son significativas para él. Sin embargo, la situación cambia de manera radical cuando el que muere es una persona amada; entonces el sujeto no sólo toma conciencia de la muerte, sino que experimenta otro tipo de vulnerabilidad distinta originada de la relación de afecto[138] con el/la que ha fallecido.

Es posible, por tanto, afirmar que la muerte es la mayor amenaza que el ser humano siente[139], pues no toca un aspecto del propio ser, sino la totalidad del mismo: "Ante la muerte todo hombre siente que no tiene en sí la raíz de su existencia, pues la muerte se escapa por completo a su control"[140]. Esta experiencia de vulnerabilidad que siente la propia persona ante la muerte lo convierte en un fugitivo, en alguien que huye de ella por ser inabarcable racionalmente. Sin embargo, Miguel de Unamuno hace esta reflexión: "Lo mejor es no pensar en eso, porque no se podría vivir. (…) Y, sin embargo, lo mejor es pensar en ello, porque sólo así se puede llegar a vivir despierto, no en el sueño de la vida"[141]. Dicho esto, y a pesar de todo, "el ser humano debe tener presente la cuestión de la muerte, pero no de modo obsesivo, pues de lo contrario no podría vivir"[142].

[137] Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1989; 54.

[138] "Efectivamente, yo no tengo un conocimiento directo de mi muerte. Y no puedo tenerlo partiendo exclusivamente de una mera asistencia impersonal a la muerte de alguien. En el caso de una persona que amo, la muerte me afecta profundamente porque el sentido de mi vida tiene mucho que ver con esa persona. La muerte irrumpe como una amenaza al amor y pone en tela de juicio el sentido de la vida". Pieper J. Las Virtudes fundamentales. Madrid: Rialp, 2003; 290.

[139] Scheler M. Muerte y supervivencia. Madrid: Encuentro, 2001; 23-27.

[140] Frankl V. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 2003; 89.

[141] de Unamuno M. Diario íntimo. Madrid: Alianza, 2006; 143.

[142] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2003; 360.

Por último, es importante señalar que las formas de vulnerabilidad anteriormente descritas repercuten en la relación de Enfermería con sus pacientes y, por ello, es preciso que el personal enfermero sea capaz de contemplar estas realidades, las asuma, las interiorice y sepa afrontarlas de modo que sean de ayuda en un doble sentido: para asistir y acompañar a su paciente y para reforzar su carácter personal.

4.3. EL PROCESO DE DUELO

4.3.1. Aproximación al concepto de duelo

Todo el arco vital está atravesado por miles de cambios que van configurando a la persona en su existencia. Muchos de esos cambios comportan tener que separarse, desprenderse [143], decir adiós a una gran cantidad de esperanzas, sueños, ilusiones, personas, sentimientos, etc. puestas en todo aquello que es importante para el ser humano, llegando a causar sufrimiento.

Hoy más que nunca, cualquier circunstancia desagradable y, de modo especial, aquellas que ocurren de manera inesperada, quieren ser rechazadas[144] instintivamente porque transforman la vida, destruyendo una infinidad de sueños y proyectos. Ante tal situación cabría preguntarse cuál es el proceso por el que el ser humano se hace partícipe de dicha realidad. Las personas suelen, con mucha frecuencia, anticiparse a cualquier situación, circunstancia o momento determinado antes de que ocurra. O dicho de otra manera, se preocupan por el futuro y por cualquier ámbito pasado que pueda afectar a ese futuro. Como consecuencia de la anticipación, los sentidos se agudizan y se intensifican los sentimientos que el ser humano pone a las distintas situaciones y momentos, ya

[143] Bailly D. Angustia de separación. Barcelona: Masson, 1997; 27-29.

[144] James J W, Friedman R. Manual para superar pérdidas emocionales. Madrid: Los Libros del Comienzo, 2003; 28-37.

sea un cumpleaños, una fiesta o unas vacaciones. Por desgracia, también puede magnificar la posibilidad o la realidad de un hecho adverso[145], ya sea una noticia desagradable, no conseguir aquello que se anhela o una pérdida sentida. Y esto ocurre puesto que el ser humano es el único ser capaz de razonar aquello que experimenta.

Es en algún punto de la infancia donde una persona comienza a darse cuenta[146] de lo que pasa a su alrededor y a ser consciente, entre otras muchas cosas, de los pensamientos negativos y de los sentimientos que la limitan. No obstante, la negación ayuda a que la persona los oculte, creando una fina capa que separa la realidad y haciendo que piense que eso no sucederá o que, simplemente, les sucederá a otros/as, pero nunca a la persona implicada ni a los de su alrededor.

Sin embargo, pese a que la persona decida engañarse a sí misma, eso no implica que el ser humano no se encuentre expuesto a experimentar un hecho adverso, un fracaso personal o profesional, o una pérdida. Esta situación creada en la psique humana provoca la sensación de hallarse entre dos mundos[147]. Por un lado está la seguridad a la que está habituada la persona y, por contraposición, la inseguridad que representa todo aquello que el ser humano puede llegar a perder y se le escapa de su control. Ante esto, se hace presente la tristeza y, con ella, la necesidad inconsciente de preparar la psique; todo ello mediante el duelo anticipado[148]. Por ello, es importante ser conscientes que esta forma que tiene la mente humana de preparar el duelo tiene su propio proceso y que, por tanto,

[145] "Cualquier tipo de pérdida es dolorosa y, aunque guardar luto por un ser amado es algo muy difícil de llevar, la ruptura que conlleva un divorcio, el final de una relación íntima, la pérdida del empleo..., también son todas ellas situaciones que conllevan un proceso de duelo". Poletti R. Cómo crecer a través del duelo. Barcelona: Obelisco, 2004; 12.

[146] Worden J W. El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997; 33-45.

[147] Poletti R. Cómo crecer a través del duelo. Barcelona: Obelisco, 2004; 54-55.

[148] Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 18.

necesita su propio tiempo. "El duelo anticipado es generalmente más silencioso que el duelo después de una pérdida. A menudo no hablamos tanto de él. Es un duelo que no revelamos a nadie. Queremos poca o ninguna intervención activa. Las palabras apenas son necesarias; se trata mucho más de un sentimiento que se puede aliviar con el roce de una mano"[149].

Anticipar una situación que se intuye que será de angustioso desenlace es una parte en la experiencia del sufrimiento puesto que esa previsión puede ayudar al ser humano a prepararse para lo que le espera. Es conveniente tener muy presente que la anticipación a un acontecimiento puede tener tanta fuerza como el acontecimiento en sí.

El concepto de duelo anticipado fue definido por Lindemann como "el proceso de desapego emocional que se da antes de una pérdida"[150]. Fulton y Fulton[151], por su parte, exponen que este proceso ayuda a ser consciente de la realidad de la pérdida de forma gradual, favorece la resolución de asuntos inconclusos, facilita cambios en algunos aspectos sobre uno/a mismo/a y su propia vida, prepara para la pérdida e inicia la planificación del futuro.

Hay que tener en cuenta que no todo el mundo realiza un duelo anticipado y, de hacerlo, es evidente que ningún ser humano lo realiza de la misma manera puesto que puede experimentar cada una de las etapas que se dan en el duelo o, simplemente, aferrarse a algunas de ellas. Para muchos/as, el duelo anticipado no es más que la antesala al doloroso proceso que tiene ante sus ojos el ser humano.

[149] Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 18.

[150] Lindemann E. Simptomatology and management of Acute Grief. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 732.

[151] Fulton R, Fulton J A. A psychosocial aspect of terminal care: Anticipatory grief. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 732.

Este proceso, además, puede acarrear sentimiento de culpabilidad por estar lamentando un desenlace no deseado antes de que ocurra.

Cuando el desprenderse [152] y el decir adiós a sentimientos, sueños, recuerdos, personas, lugares, objetos, etc. pasa a ser una realidad, el ser humano centra sus pensamientos la mayor parte del tiempo en lo que ha quedado atrás. A su vez, cabe señalar que el duelo[153] no sólo corresponde a una pérdida de un ser querido a causa de un fallecimiento; también se considera duelo cuando a una persona le resulta imposible alcanzar, por ejemplo, una meta profesional o recuperar plenamente la salud. Y es que el duelo conlleva todo aquel proceso personal a través del cual el ser humano se ve afectado en mayor o menor medida por una realidad adversa acompañada de unos sentimientos que nacen de la incomprensión de la situación y del vinculo del/de los sujeto/s con otra/s persona/s y/o elemento/s implicados. En palabras de Alvira, "ser afectado es una realidad inevitable, necesaria y positiva, es decir, trascendental; en cambio sufrir o no sufrir sólo se da en la conciencia y depende, por ello, de la libertad humana" [154]. También, tal y como señala Gea, "el duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad (o inactividad: quedarse todo el día en la cama, no acudir al trabajo, no hablar…) producido como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa querida y asociado a síntomas físicos y emocionales. Esta pérdida es psicológicamente traumática (…) El individuo necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal"[155].

En la línea de pensamiento de Murray Parkes[156], se puede establecer que, como resultado de la experiencia del ser humano con la vida, la persona

[152] Neimeyer R A. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós, 2002; 89.

[153] O'Connor N. Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. México: Trillas, 2002; 35.

[154] Alvira R. A dor e sofrimento. Oporto: Campo das Letras, 2001; 33-40.

[155] Gea A. Acompañando en la pérdida. Madrid: San Pablo, 2007; 28.

[156] Parkes C M. Psychosocial transitions: a field for study. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 730.

desarrolla una creencia implícita en la estabilidad del mundo en el que vive (seres queridos, casa, profesión, objetos personales, etc.). Sin embargo, tal valoración de estabilidad es ilusoria. En este sentido, como muy bien describe Bayés, "una breve llamada telefónica desde una comisaría de policía, el parque de bomberos o un hospital puede introducir en nuestra vida, en cualquier momento, un cambio súbito y radical que implique la pérdida de alguien o algo que, sin apenas darnos cuenta, haya llegado a constituirse en parte integrante y fundamental de nuestra propia identidad. En el mismo momento de la pérdida, sin embrago, nuestra experiencia emocional interna de lo que hemos perdido sigue intacta y no puede cambiar con tanta rapidez como la realidad"[157].

4.3.2.Modelos explicativos y descriptivos del duelo

Desde distintas perspectivas teóricas se intenta explicar en qué consiste el duelo y qué lo convertirá en patológico. Algunos modelos han buscado describirlo de acuerdo con unas fases o tareas que ha de realizar el que sufre.

4.3.2.1. Modelos explicativos

La *teoría psicodinámica*[158-159] entiende el duelo como la retirada de la líbido invertida en el objeto perdido para su posterior reinversión en otro objeto de una forma saludable. El duelo es un proceso normal, predecible, y tiende a evolucionar favorablemente en circunstancias normales, por lo que no es necesario intervención terapéutica.

[157] Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca, 2001; 187.

[158] López E, Die M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ades, 2000; 475-490.

[159] Worden W. El tratamiento de duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidos, 1997; 71-84.

Bowlby[160] (autor de la *teoría del apego*, 1958) defiende una propuesta cognoscitiva en la cual argumenta que el ser humano establece unos vínculos emocionales muy intensos y que crea sentimientos de seguridad y pertenencia con aquellas personas a las que les tiene apego. De este modo, argumenta que el ser humano siente apego hacia la idea que se ha hecho de esa persona. Siendo de esta forma, él entiende el duelo como el proceso por el que el ser humano pretende recuperar ese apego, ese vínculo tan intenso. Esto supone un avance muy interesante, puesto que se habla de un duelo en el que no es necesario que la persona querida fallezca, sino que basta con perder el vínculo afectivo con esa persona o con que cambie la percepción que se tiene de ella hasta el punto que se considere que ha desaparecido.

Por otra parte se encuentra la *teoría cognitiva*[161-162,163]. Ésta considera que los sujetos construyen su realidad y sus significados idiosincrásicos en relación con los acontecimientos de su vida. Así pues, los pensamientos son los responsables de la emoción y la conducta humana de forma que los problemas emocionales surgen fundamentalmente cuando se hacen interpretaciones erróneas de la realidad. Además, este modelo señala que el ajuste al duelo se producirá con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las asunciones previamente mantenidas. La recuperación ideal consistirá en un proceso mediante el cual el superviviente vuelva a percibir el mundo y a sí mismo en términos positivos pero incorporando el trauma o la pérdida en su mundo nuevo de asunciones.

[160] Bowlby J. Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata, 2006; 54-89.

[161] López E, Die M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ades, 2000; 475-490.

[162] Lacasta M A, Sastre P. El manejo del duelo. En: M Die, López E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades, 2000; 491-506.

[163] Parkes C M. Psychosocial transitions: a field for study. Social Science and Medicine, 1971; 5: 101-115.

En la *teoría del estrés*[164-165,166], el duelo se presenta como un estresor y se remarca la importancia de los recursos personales para hacer frente al mismo. Es de suma importancia la relevancia de las consecuencias físicas derivadas del debilitamiento del sistema inmunitario y la necesidad de estudiarlas.

La *perspectiva funcional-social,* argumentada por Barreto [167], Lacasta[168]y Bonnano[169] en sus diferentes artículos y escritos, considera que las emociones desempeñan un papel general en el mantenimiento de las relaciones sociales y el ajuste a los acontecimientos vitales importantes. En el duelo se produce un amplio rango de emociones negativas (por ejemplo, tristeza, rabia, menosprecio, hostilidad, miedo y culpa) y también positivas (distracción, satisfacción por el deber cumplido y orgullo). Todo este rango de emociones se asocia a una evaluación profunda de la pérdida como algo irreversible que lo abarca todo y envuelve a la persona, que se siente como si hubiera desaparecido una parte de sí misma al tiempo que su comprensión del mundo y del futuro se ve influida por la pérdida. Así pues, en contraposición a las consideraciones tradicionales que basan la recuperación del duelo en el análisis y la expresión de las emociones negativas, sugieren que la resolución adecuada se producirá con mayor probabilidad cuando se instiguen y aumenten las emociones positivas y se regulen o minimicen las negativas. Desde esta perspectiva, la presencia de emociones negativas intensas predice claramente dificultades en la resolución del duelo. En cambio, la expresión adecuada de emociones positivas (por ejemplo, la sonrisa y la risa) favorece las relaciones interpersonales y, por tanto, el soporte social, mejorando así la adaptación a la pérdida y sus consecuencias.

[164] López E, Die M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ades, 2000; 475-490.

[165] Lacasta M A, Sastre P. El manejo del duelo. En: M Die, López E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades, 2000; 491-506.

[166] Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964; 94-111.

[167] Barreto P. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis, 2007; 72-77.

[168] Lacasta M A, Sastre P. El manejo del duelo. En: M Die, López E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades, 2000; 491-506.

[169] Bonanno G A. Grief and emotion: A social-functional perspective. In Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: M S Stroebe, 2001; 493-516.

El *modelo de proceso dual* considera que "la habituación a la pérdida es fluctuante y dinámica y es necesaria una continua oscilación entre dos formas diferenciadas de funcionamiento"[170]. Según Barreto[171], Lacasta Reverté[172] y Engel[173], en el proceso orientado a la pérdida, la persona que sufre realiza un intenso trabajo en relación con el duelo y experimenta, explora y expresa sus sentimientos en un intento de entender el sentido que tienen en su vida. En otros momentos, en el proceso orientado a la reconstrucción, el sufriente pone su atención en los múltiples ajustes externos requeridos a partir de la pérdida y se concentra en las responsabilidades domésticas y laborales, en establecer y cuidar de las relaciones existentes o aquellas que surgen por vez primera, y en todo aquello que favorece la reorganización. "Este modelo admite que cierto grado de evitación de la realidad puede ser útil y normal a lo largo de todo el proceso de adaptación y considera necesaria la oscilación entre el afecto positivo y el negativo"[174].

Por último, dentro de los modelos explicativos se encuentra el *modelo médico*. En él se plantea el proceso de duelo como "una enfermedad o una posible disfunción psiquiátrica y se comporta de forma similar a la curación física; normalmente se puede restaurar el funcionamiento total o casi totalmente, aunque existan casos en los que esto no resulta posible"[175].

[170] González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 730

[171] Barreto P. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis, 2007; 83-85.

[172] Lacasta M A, Sastre P. El manejo del duelo. En: M Die, López E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades, 2000; 491-506.

[173] Engel G. Grief and grieving. American Journal of Nursing, 1964; 64: 93-98.

[174] Engel G. Grief and grieving. American Journal of Nursing, 1964; 64: 93-98.

[175] González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 731.

4.3.2.2. Modelos Descriptivos

Existen multitud de clasificaciones de las etapas del duelo, casi tantas como autores y escuelas (Parkes, L., Kaplan, Bowly-West, Bowly, Leick y Davidsen-Nielsen, etc.). Una de las más representativas es, sin lugar a dudas, la que desarrolla Elisabeth Kübler-Ross. Ella describió con mucha claridad las cinco etapas por las cuales una persona ha de atravesar en un proceso de pérdida. Es poco correcto afirmar que el duelo se relaciona directamente con la persona afectada. Nada más lejos de la realidad puesto que, en muchas ocasiones, quienes acompañan a la persona afligida también lo experimentan.

4.3.2.2.1. Modelo de Kübler-Ross

Kübler-Ross[176-177] propone cinco etapas en el duelo y señala que éstas han evolucionado desde el momento en que fueron introducidas. No obstante, han sido frecuentemente malinterpretadas en las tres últimas décadas ya que, según ella, nunca se concibieron para ayudar a introducir las emociones turbias en pulcros paquetes. Son reacciones[178] a la pérdida que muchas personas tienen, pero hay que tener en cuenta que no hay una reacción a la pérdida típica, ni tampoco existe una pérdida típica. Y es que el duelo es tan propio como la propia vida. "La gente a menudo cree que las etapas del duelo duran semanas o meses. Olvida que son reacciones a sentimientos que pueden durar minutos u horas mientras fluctuamos de uno a otro. No entramos ni salimos de cada etapa concreta de una forma lineal. Podemos atravesar una, luego otra y retornar luego a la primera".[179]

[176] Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969; 59-178.

[177] Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 22-90.

[178] Kübler-Ross E. Vivir hasta despedirnos. Barcelona: Luciérnaga, 1991; 28-33.

[179] Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 25.

Las cinco etapas propuestas por Kübler-Ross son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. En los próximos párrafos se abordará cada una de ellas:

1. *Negación*. Esta primera etapa se presenta en la persona como una continuación sin más de su vida, de su quehacer diario y, por consiguiente, niega todo tipo de aflicción. Eso no quiere decir que no sea conocedora de la realidad que le envuelve sino que, simplemente, esa situación sobrepasa su entendimiento y su raciocinio, por la incredulidad de los hechos acaecidos. "Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar"[180].

2. *Ira*. Esta nueva fase se define como "la pasión del alma, que causa indignación y enojo"[181]. Es un estado emocional que varía en intensidad, yendo de la irritación leve a la furia intensa. La ira no tiene por qué ser lógica ni válida: la persona puede estar enfadada por no haber intuido lo que iba a suceder y, de tenerlo previsto, estar enfadada por no haber podido hacer nada para evitarlo. "La ira afirma que podemos sentir, que hemos amado y que hemos perdido".[182]

3. *Negociación*. Ante una pérdida inminente o próxima, parece que el ser humano haría cualquier cosa por evitarla. Es por ello por lo que aparece la negociación, es decir, un pacto: "Por favor, Dios, no volveré a enfadarme con mi hermana nunca más si la curas". Después de una pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal: "¿Y si dedico mi vida a ayudar al prójimo?

[180] Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 25.

[181] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=ira (Accedido el 10 de marzo de 2015).

[182] Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969; 81.

¿Podré entonces despertarme y descubrir que todo esto ha sido sólo una pesadilla?" No obstante, lo cierto es que el momento previo al acontecimiento adverso ya no va a volver, y si vuelve, lo hará de manera totalmente diferente, ya que retroceder al momento justo anterior al hecho infortunado no es posible.

4. *Depresión*. En esta nueva fase[183] del proceso de pérdida, la persona herida, afligida, que sufre, etc. centra su atención en el presente. Surge la sensación de vacío y, junto con todo su proceso, experimenta un plano mucho más profundo, llegando al alma misma. La persona llega a sentir tal profundidad que ve en ella misma un lastre difícil de superar, por lo que en su pensamiento aparece la idea de un estado depresivo de duración indefinida. Ante esto, es importante tener en consideración que la depresión "no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida"[184].

5. *Aceptación*. La aceptación no consiste en que a la persona afectada le guste la situación; más bien consiste en ser consciente de todo lo que dicha persona ha perdido y aprender a vivir con dicha pérdida. Así pues, la aceptación es un proceso que el ser humano experimenta, un recorrido, un camino; y no una fase final con un punto final. El ser humano, a medida que va adentrándose en esta etapa de manera gradual, llega a experimentar paz [185] pues la persona se acerca a la realidad y es capaz de discernir y separar los sentimientos y el hecho negativo en sí, provocando una visión nítida de cada componente de esa situación tan estresante y dura de

[183] "Cuando el alma toma plena conciencia de la pérdida, cuando nos damos cuenta de que nuestro ser querido no logró recuperarse esta vez y no va a volver, es normal deprimirse". Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 36.

[184] Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969; 90.

[185] Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969; 155.

asimilar. “La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse. Es posible que dejemos de estar enfadados con Dios; es posible que lleguemos a ser conscientes de las razones objetivas de nuestra pérdida, aunque nunca lleguemos a entenderlas”[186].

4.3.2.2.2. Modelo de Worden

Worden[187-188] propone, desde una perspectiva psicoanalítica, cuatro tareas básicas:

1. Aceptar la realidad de la pérdida asumiendo que la marcha es irreversible.

2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

3. Adaptarse a un medio en el que la persona sea consciente de la pérdida, desarrollando nuevas habilidades, asumiendo roles y buscando significado y sentido a la propia vida.

4. Recolocar emocionalmente la pérdida y continuar viviendo, teniendo claro que no se trata de renunciar a la pérdida y a los sentimientos que de ella derivan sino más bien de encontrarle un lugar apropiado en la psique, dejando espacio a lo demás y permitiendo al sufriente continuar viviendo eficazmente.

En general, los autores defensores de este planteamiento suscitan que experimentar y expresar las emociones negativas en los primeros meses después

[186] Kübler-Ross E. Vivir hasta despedirnos. Barcelona: Luciérnaga, 1991; 88.

[187] López E, Die M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ades, 2000; 475-490.

[188] Worden W. El tratamiento de duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997; 71-84.

de la pérdida ayudará a reducir el pesar a largo plazo. De la misma manera, evitar o minimizar la experiencia o la expresión de emociones negativas dará lugar a dificultades en la resolución del duelo.

No obstante, según recientes investigaciones [189] , este tipo de planteamiento presenta dos problemas. El primero se refiere al peligro de ignorar las emociones positivas por considerarlas una forma de negación que produce un cortocircuito e impide el trabajo correcto que hay que realizar en el duelo, cuando realmente, tienen un papel importante en la recuperación; y el segundo, olvidar que experimentar y expresar emociones negativas muy intensas en relación con la pérdida predice un curso del duelo más grave, tal y como se observa muchas veces en la práctica clínica.

4.3.3.Manifestaciones del duelo

El duelo es un periodo de crisis, un estado de choque en todo el organismo que, en algunos casos, puede ocasionar complicaciones psiquiátricas y alteraciones físicas. Ante esta realidad, es de suma importancia conocer las diferentes manifestaciones[190-191-192] que el ser humano puede experimentar con el fin de normalizar y desdramatizar alguna de ellas que puedan resultar alarmantes, enseñar a la persona que sufre a manejar aquellas respuestas que puedan resultar desadaptativas y, también, para hacer comprender al/a la profesional asistencial y al/a la cuidador/a que la persona afectada puede estar mediatizada por el proceso de duelo.

[189] González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 731.

[190] Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramírez E. Duelo en Oncología. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2007; 72-76.

[191] Hinton J. Experiencias sobre el morir. Barcelona: Ariel, 1974; 54-75.

[192] Cabodevilla I. Las reacciones de duelo. En: Die Trill M. Psico-oncología. Madrid: Ades, 2003; 647-657.

4.3.3.1. Manifestaciones cognitivas

Se refiere a los cambios a nivel de creencias[193] y conceptos[194]. Compromete la lucidez[195] y la claridad mental, pudiendo generar malestar al no tener claro que está ocurriendo.

1. *Incredulidad/irrealidad*. La incredulidad es el primer pensamiento que aparece ante una pérdida, sobre todo si ésta es repentina, sin previo aviso.

2. *Confusión.* La situación de incredulidad, unida al cansancio mental y físico, puede desencadenar un estado confusional.

3. *Alucinaciones visuales y/o auditivas breves.* Se incluyen en la lista de conductas normales ya que suelen ser experiencias ilusorias pasajeras. Muchas veces se producen en las semanas siguientes a la pérdida, y generalmente no presagian una experiencia de duelo más difícil o complicada.

4. *Dificultades de atención, concentración y/o memoria*. Los trastornos en la atención son comunes ya que en el/la sufriente confluyen un sinfín de pensamientos y sentimientos que escapan a su control. Esto hace que la capacidad de concentración se vea disminuida considerablemente. Además, pueden aparecer pequeñas lagunas en la memoria, debido a que la psique humana se sirve de ello como mecanismo de defensa ante hechos dolorosos. "Es

[193] Kohut H. La restauración de sí mismo. Barcelona: Paidós, 1980; 64-69.

[194] Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Madrid: Paulinas, 1993; 54.

[195] Worden J W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997; 88-97.

frecuente que la capacidad de memorizar actos del presente (que no tengan alto impacto) disminuyan"[196].

5. *Preocupación, rumiaciones, pensamientos e/o imágenes recurrentes.* Se trata de pensamientos reiterados sobre lo que el ser humano ha perdido, ha dejado atrás. Estos pensamientos a menudo van dirigidos a buscar fórmulas para volver a la situación previa a la pérdida.

6. *Distorsiones cognitivas* que provocan en el ser humano un alejamiento de la evidencia, adentrándolo de ese modo en una realidad paralela.

4.3.3.2. Manifestaciones afectivas

Se refiere a los sentimientos[197-198-199], a lo emocional que conllevan estas situaciones.

1. *Ausencia de sentimientos.* Después de la pérdida, la persona puede experimentar insensibilidad. La persona permanece confusa, distraída y embotada sin tener claridad de lo que pasa. Probablemente, ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar y permitir que se hagan todos conscientes sería muy desbordante. Así pues, la persona experimenta la insensibilidad como una protección de su flujo de sentimientos.

[196] Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramírez E. Duelo en Oncología. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2007; 76.

[197] Rojas Posada S. El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo. Buenos Aires: Granica, 2005; 63-120.

[198] Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós, 1997; 103-122.

[199] Fernández-Abascal E G. Emociones y salud. Barcelona: Ariel, 1999; 198-214.

2. *Anhelo.* Sentimiento que lleva implícito el deseo de que aquello fatídico e indeseado que está por pasar no se produzca o, si ya ha ocurrido, tenga solución.

3. *Tristeza*[200]. Es el sentimiento más común y persistente durante todo el proceso de duelo y el primero que, recordando el hecho adverso, aparece. La tristeza suele presentarse junto con sentimientos de apatía, abatimiento, angustia, soledad e indefensión.

4. *Ira, rabia, frustración y/o enfado.* La ira y la agresividad son reacciones secundarias a la angustia y son más soportables debido al sentimiento de actividad que producen.

5. *Culpa y autorreproche.* La culpa[201] es, después de la tristeza, el sentimiento que más sufrimiento causa en el ser humano. Puede venir acompañada de autorreproche. Se da como consecuencia de nuestro pensamiento, que analiza cada detalle, lo que se hizo y lo que no se llego a hacer. Esto da lugar a que se cometan muchos actos desesperados en el duelo y a que se sufra de forma exagerada. Ante la culpa, el/la sufriente necesita sentirse perdonado/a pero, dependiendo de lo ocurrido, la situación puede volverse más compleja. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.

6. *Ansiedad.* La ansiedad en la persona sufriente puede oscilar desde una ligera sensación de inseguridad hasta fuertes ataques de pánico, todo ello producido por el miedo ante la nueva situación.

[200] Gea A. Acompañando en la pérdida. Madrid: San Pablo, 2007; 52.

[201] Preston J. Superar el dolor emocional. Bilbao: Mensajero, 1998; 28-29.

4.3.3.3. Manifestaciones fisiológicas

Estas sensaciones[202] se presentan sobre todo en la fase aguda y, aunque muchas veces se pasan por alto, juegan un papel muy importante en el proceso del duelo, debiéndose prestar a cada una de ellas la atención que merezca en cada caso.

1. *Aumento de la morbimortalidad.*

2. *Vacío en el estómago y/o boca seca.*

3. *Opresión en tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones.*

4. *Dolor de cabeza.*

5. *Falta de energía, debilidad.*

6. *Alteraciones del sueño y/o la alimentación.*

4.3.3.4. Manifestaciones conductuales

Son cambios en la forma de comportarse respecto al patrón previo. Su importancia radica en que afectan a la adecuada relación del sujeto doliente con su entorno y con las demás[203-204] personas. Las siguientes conductas se presentan normalmente después de una pérdida y generalmente se corrigen solas con el tiempo.

[202] Bermejo J C. Estoy en duelo. Madrid: PPC, 2005; 111-116.

[203] Rojas Posada S. El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo. Buenos Aires: Granica, 2005; 63-120.

[204] Worden J W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997; 88-97.

1. *Conducta distraída.* La persona presta poca atención en aquellas cosas que, para ella, en ese momento, carecen de importancia. Es frecuente encontrar personas sufrientes haciendo cosas que al final les producen incomodidad o les hacen daño con tal de hallar un analgésico mientras intentan encontrar una respuesta sobre sí mismas.

2. *Aislamiento social.* Durante el proceso de duelo, puede ocurrir que el sufriente limite sus contactos sociales a los estrictamente necesarios y evite las relaciones con personas con las que antes se reunía.

3. *Llorar y/o suspirar.* Llorar es una manera muy natural de expresar el sufrimiento y la tristeza que se siente, por lo que es importante permitir su libre expresión. En las personas que pasan por un proceso de pérdida también se observan suspiros. Es un correlato a la sensación física de falta de aire.

4. *Llevar o atesorar objetos.* Es un medio para mitigar la ausencia, teniendo cerca algo relacionado con aquello que se ha perdido.

5. *Buscar y llamar en voz alta.* Hace referencia, en muchos casos, a no aceptar totalmente el hecho de la pérdida en sí y su irreversibilidad.

6. *Hiper/hipo-actividad.* El sujeto sufriente, como expresión de su ansiedad, mantiene una actitud inquieta permanente y un estado de atención a todo y a todos/as (hiperactividad), lo que genera un agotamiento severo al poco tiempo (hipoactividad).

Todo lo dicho anteriormente son aspectos que hay que considerar en la relación profesional sanitario/a-paciente ya que la Presencia Intencional no se puede entender si no se tiene en cuenta que puede estar mediada por uno o varios de estos factores, ya sea en el/la paciente como en el/la profesional sanitario/a o en el/la cuidador/a no profesional.

CONCEPTO DE PRESENCIA INTENCIONAL

5. CONCEPTO DE PRESENCIA INTENCIONAL

Una persona enferma no es un mero cuerpo dañado o fracturado. Aunque el cuerpo haga referencia a la dimensión física, la persona es mucho más que un conjunto químico, que una masa física o algo contrapuesto a espíritu[205]. La corporalidad es el modo en que la persona se hace presente en el mundo y en el tiempo, es decir, su modo de vida es en el cuerpo y a través de él[206]. Tampoco la persona es simplemente un ser viviente. Es cierto que la identidad de una persona es la identidad de un ser vivo, pero la conciencia y la materia no se pueden contemplar aisladamente la una de la otra ya que "si se contraponen entre sí como esferas inconmensurables, se separan los criterios de identidad de los hombres y las personas"[207]. Como bien indica Mounier, "no puedo pensar sin ser, ni ser sin mi cuerpo"[208]. El enfermo es, al igual que el sano, una persona, esto es, un ser dotado de inteligencia y libertad, portador de valores, relacionado con otros seres humanos, con una concepción de sí mismo y del mundo, con un proyecto de vida y con una responsabilidad ante su propio destino. Maritain lo resume manteniendo que la persona es "un centro de libertad puesto frente a las cosas, al universo mismo, al mismo Dios; dialoga con otra persona, comunica con ella entendiendo y amando"[209]. Ese diálogo es una necesidad humana, todo ser humano necesita ser comprendido y acompañado para crecer en libertad y vivir en plenitud. Coreth indica que "sólo el hombre está abiertamente orientado hacia el entorno humano. De su comunidad surge el individuo y en ella crece de

[205] Descartes sentó las bases del dualismo al sostener que todo cuanto existe, a excepción de la mente humana, puede ser reducido a la consideración de objeto: "Yo soy una cosa que piensa o una sustancia, cuya esencia es el pensar y carece de extensión. Tengo un cuerpo, que es una cosa extensa que no piensa. De ahí que mi alma, por lo que yo soy, es completamente distinta a mi cuerpo y puede existir sin él". Descartes R. Meditatationes de prima philosophia. Oeuvres philosophiques (Tomo II). París: Garnier Frères, 1967; 226.

[206] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 59.

[207] Spaemann R. Personas. Acerca da la distinción entre "algo" y "alguien". Pamplona: EUNSA, 2000; 140.

[208] Mounier E. El personalismo. Madrid: Acción Cultural Cristina, 1997; 22.

[209] Maritain J. Distinguir para unir o los grados del saber. Buenos Aires: Club de lectores, 1968; 364.

forma humana. Aprende el lenguaje de esa comunidad, adopta sus costumbres y participa de su espíritu y cultura. Todo esto marca de forma decisiva a la existencia humana individual (…) Lo que yo soy, lo que experimento y entiendo como yo mismo, es el resultado de un constante intercambio entre yo y mi mundo" [210] . Buber llega a expresar esta idea afirmando que "el hecho fundamental de la existencia humana es el hombre con el hombre"[211].

Se entiende así que la dimensión de interdependencia es también consustancial a la persona. Ésta se construye en y a través de la relación intersubjetiva [212] . La experiencia humana es una experiencia de relación e interdependencia con los demás. En realidad, se podría afirmar que el ser humano no es solo ser, sino ser con los demás[213]. Por ello, que el hombre sea esencialmente con otros quiere decir que éstos, de alguna manera, determinan y configuran su propio ser, y esto se da en los diferentes niveles en que se desarrolla la vida: biológico, psíquico, teórico, práctico, creencias y convicciones, actitudes y sentimientos, expresiones, producción de bienes, aceptación de un sistema de normas, conductas, valoraciones, etc. Y es que el ser de cada uno no termina en los límites de su piel, sino que se prolonga en su ser con los demás, en sus relaciones múltiples con las demás personas. "El hombre ejecuta los actos de su vida con las cosas, con los demás hombres y consigo mismo. Este *con* (con las cosas, con los demás hombres, con-migo mismo) no es un añadido, una relación extrínseca que se añade al hombre en el ejercicio de su vida. Esto sería absolutamente quimérico. Es algo mucho más radical. El *con* es un momento formal de la misma vida, y por tanto de la sustantividad humana en su dinamismo vital. De la misma manera que la respectividad no es un añadido relacional a cada una de las cosas que están en respectividad, sino que es la

[210] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 84.

[211] Buber M. ¿Qué es el hombre? México: Fondo de Cultura Económica, 1973; 146.

[212] Husserl explica que cada sujeto trascendental entabla correlaciones intencionales, por lo que puede sostenerse que "cada sujeto trascendental no sólo está al lado de los otros y con los otros sino en los otros". Husserl E. Invitación a la Fenomenología. Barcelona: Paidós, 1992; 48-55.

[213] Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 2010; 42.

estructura interna, intrínseca y formal de cada una de las sustantividades, análogamente el momento *con* es un momento intrínseco y formal a la estructura de la vida, y por tanto del dinamismo humano en cuanto tal"[214].

La persona es, por constitución, máxima comunicación[215]. En efecto, la comunicación tiene una radical importancia en la vida humana ya que ésta no es un mero instrumento que la persona puede tomar y dejar cuando considere oportuno (como si de una herramienta, por ejemplo, se tratara). Más bien es una realidad que se identifica con el propio ser personal, que lo modifica y en la cual vive. La comunicación precede e influye a la persona, determina su modo de ver el mundo y su pensamiento, modula las relaciones con los demás y con la propia persona además de tener una cierta vida propia e independiente. Este rasgo constitutivo se manifiesta, posteriormente, en sus actos, pero la estructura relacional e interdependiente está enclavada en el ser de la persona[216].

A su vez, es importante señalar que la conciencia que cada ser tiene de sí mismo está ligada a la conciencia del otro. La relación con el mundo es intrínseca a la estructura del ser y, por tanto, la identidad se define en su relación con la alteridad. Desde la perspectiva psicológica, se puede afirmar que la "medida de mi *yo* me es dada por un *otro-yo*, del *yo* que reconozco en el *tú*. Identidad y alteridad se reclaman recíprocamente"[217].

Las anteriores premisas adquieren una especial relevancia en la relación que se genera entre los sujetos protagonistas de la relación sanitaria. Es un encuentro entre dos o más personas en las que una de ellas, el/la paciente, se encuentra en un estado especial de necesidad debido a una patente vulnerabilidad, entendiendo que la persona vulnerable es aquella que, en un momento determinado y por un

[214] Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza, 2006; 225.

[215] Schulz von Thun F. El arte de conversar. Barcelona: Herder, 2012; 17-19.

[216] Aparisi A. Persona y género. Pamplona: Aranzadi-Thomson Reuters, 2011; 36.

[217] Zuanazzi G. L'etá ambigua. Paradossi, risorse e turbamenti dell'adolescenza. Brescia: La Scuola, 1995; 55.

motivo concreto, es susceptible, o más susceptible, de sufrir abusos, ser influido o coaccionado[218]. Un estado que le puede afectar y le puede generar angustia y sufrimiento. La persona enferma se ve afectada por una realidad que le aflige. Esa realidad puede ser interna, como es la propia patología que le lleva a pedir ayuda sanitaria, o puede ser externa, como es, por ejemplo, la percepción de su estado por su entorno familiar o social. Dicho esto, Alvira señala que, "si bien es cierto que toda relación comporta una cierta afectación, siendo ésta además, una realidad inevitable, necesaria y positiva, es decir, trascendental; sufrir o no sufrir, en cambio, sólo se da en una conciencia y depende, por ello, de la libertad humana"[219]. En este sentido, el sufrimiento psicológico se produce cuando una persona se ve afectada y no acepta la situación. En dicho supuesto, una o varias realidades concretas resultan incomprensibles y/o inaceptables. También se suele hacer referencia al sufrimiento físico como consecuencia de una afección no aceptada por el propio organismo. En este caso, seria mejor denominarlo dolor, un dolor que puede afectar al sujeto doliente en mayor o menor grado.

El diálogo, la comprensión y el acompañamiento a los que se han hecho referencia anteriormente, adquieren unas notas especiales cuando se suscitan en la relación asistencial de ámbito sanitario. En primer lugar, la relación entre agentes sanitarios/as y pacientes puede no ser elegida, ni tan siquiera querida en un primer momento, por una de las partes. En segundo lugar, es un vínculo desigual en el que la enfermedad y el sufrimiento de la persona enferma lo presentan revestido con los especiales atributos de vulnerabilidad. En este caso, la vulnerabilidad sería entendida dentro del segundo grado de vulnerabilidad propuesto por Ricoeur, la fragilidad en el ámbito del obrar, que provienen del curso del mundo, como las enfermedades, el envejecimiento o los accidentes. Recordemos que los otros dos grados, señalados por el citado autor, están constituidos por el no poder decir y la imposibilidad de conducir la vida de

[218] Kissell J. The "vulnerability" quagmire in international research. En: Weisstub D N, Pintos G D. Autonomy and Human Rights in Health Care. Dordrecht: Springer, 2008; 331-340.

[219] Alvira R. A dor e sofrimento. Oporto: Campo das Letras, 2001; 33-40.

acuerdo con la idea de coherencia o identidad narrativa desde la perspectiva insustituible de la singularidad[220].

Esos dos factores que se han indicado en el párrafo anterior, de no elección y desigualdad, no deben de ser obstáculo para que la relación establecida entre el/la profesional sanitario/a y el/la paciente tienda a la plenitud. Por ello, y siguiendo a Burgos[221], para que esa relación sea satisfactoria deberá superar varios grados de relaciones.

El primer grado que debe vencer es el de las simples relaciones interpersonales, que no es otro que el asentado en una relación instrumental sustentada en el logro de objetivos o servicios. Un primer peldaño en el que el/la paciente se siente cliente[222] y busca un remedio rápido y eficaz para una dolencia concreta; y el/la sanitario/a se conforma con lograr la complacencia inmediata del/de la paciente y/o el éxito profesional o económico. Este planteamiento se asienta en criterios utilitaristas[223] que son los que, por desgracia, están primando en la actual asistencia sanitaria y minando sus cimientos humanísticos.

En segundo lugar, también será preciso soslayar la relación benevolente que aunque es superior a la anterior, al establecer un mayor compromiso, elude un vínculo fuerte. Un ejemplo sería la relación de un/a agente sanitario/a que trata habitualmente a un/a paciente, tiene conciencia de él/ella e, incluso, mantiene una cierta relación. Pero si esa persona desaparece "de su entorno vital, éste sólo

[220] Bonilla A B. ¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad. En: Losoviz A I, Vidal D A, Bonilla A. Bioética y Salud Mental. Intersecciones y dilemas. Buenos Aires: Akadia, 2006; 77-88.

[221] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 279-290.

[222] Ser cliente es la peor forma de relación de las posibles en el marco de la relación profesional sanitario/a-paciente ya que es visto como un/a consumidor/a y no ya como un ser humano frágil y necesitado de compasión y auxilio altruista y humanitario, como se le consideraba antes cuando primaba el principio de beneficencia sobre el de justicia y de autonomía.

[223] Ortiz Lluesa E. Bioética personalista y Bioética utilitarista. Cuadernos de Bioética, 2013; 24: 58-65.

resulta afectado de manera muy superficial"[224]. En el ámbito sanitario este tipo de relación deriva en un cierto grado de paternalismo del/de la profesional hacia su paciente al sustituir el diálogo por un monólogo[225].

En definitiva, y llegando a los últimos escalones propuestos por Burgos, el encuentro personal entre el/la agente sanitario/a y el/la paciente, para ser realmente humano, deberá asentarse en un tipo de relación más significativa que las anteriores, esto es, la basada en la amistad y el amor, entendido este último como la convicción profunda, ante el prójimo, de que es bueno que exista, independientemente de su simpatía, deficiencia, patología, etc. Hildebrand señala que "las dos formas superiores de comunión son el conocimiento y el amor. En el caso del conocimiento, me vuelvo espiritualmente hacia otra persona y, entonces, por medio del diálogo, se establece un contacto espiritual impensable e imposible en el mundo impersonal. El clímax de la comunión entre personas se alcanza en el amor"[226]. No hay ninguna duda de que, si se vislumbra el valor del/de la paciente como persona y se busca su bien, la relación que se establece tiene un calado y trascendencia muy distinta a aquella focalizada en la solución de una patología, en la satisfacción material de un cliente, etc. La plenitud de esa relación se encontrará cuando se establezca una reciprocidad, esto es, el encuentro de dos personas que buscan su bien y, al mismo tiempo, el de la otra. Esa reciprocidad, para ser plasmada, requiere de una efectiva comunicación, entendida como "categoría antropológica esencial del ser humano porque sin ella éste no puede avanzar en su madurez como persona"[227].

Desde esta perspectiva, se vislumbra que, en la relación entre los/las pacientes y los/las enfermeros/as, es preciso superar el simple encuentro técnico o utilitarista, sustentado en la satisfacción de ciertas necesidades. En un merecido

[224] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 280.

[225] Ciccone L. Bioética. Historia, principios, cuestiones. Madrid: Palabra, 2005; 20.

[226] Hildebrand D. Actitudes morales fundamentales. Madrid: Palabra, 2003; 89.

[227] Cañas J L. Escuela de rehumanización. San José de Costa Rica: Fucopre, 2014; 150.

intento por mejorar este tipo de relación, se observa un modelo llamado *relación de ayuda*[228-229]. Este tipo de relación se caracteriza por:

1. Ser esencialmente unidireccional, esto es, el/la enfermero/a presta asistencia sanitaria, mientras que el/la paciente y su familia la reciben. En este encuentro se incrementa la posibilidad de crecimiento personal y profesional.

2. A su vez, es una asistencia concreta y definida, extendiéndose durante un periodo de tiempo determinado y planteando unos objetivos terapéuticos específicos.

3. En la relación de ayuda se vislumbra cierta "desigualdad" entre el/la paciente y el/la profesional asistencial ya que, según se especifica en este modelo, la ayuda no se da entre dos semejantes, ambos se encuentran en dos niveles y roles distintos.

Ahora bien, es importante señalar que, aunque es cierto que en el modelo anteriormente expuesto se vislumbra la importancia de la relación entre el/la enfermero/a y el/la paciente, con esta tesis se propone un nuevo modelo en el que la relación entre ambos sea de mayor intensidad, basado en el encuentro de dos personas que se reconocen, dotadas de dignidad ontológica y que establecen una relación de amistad y amor satisfactoria para ambas. Es aquí donde se encuentra el ámbito de la denominada *Presencia Intencional,* concepto que viene a

[228] Muñoz A, Morales I, Bermejo J C, Galán J M. La relación de ayuda en Enfermería. Índex de Enfermería, 2014; 23(4): 229-233.

[229] Rogers, la define como "toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada. En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos". Rogers C R. The process equation of psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 1961; 15: 27-45.

englobar las características que debe atesorar una relación (en este caso, de tipo profesional sanitario) para que sea humanamente satisfactoria.

Antes de entrar a abordar la cuestión específica de la Presencia Intencional es conveniente señalar que la propuesta que se plantea se asentaría en el actual modelo de referencia de relación entre el/la paciente y el/la enfermero/a, esto es, el *modelo interpretativo*[230-231-232]. Este modelo establece que el/la profesional sanitario/a debe de poseer alta competencia científica, técnica y relacional, capaz de acompañar a los/las pacientes en la vivencia de la enfermedad y de compartir con ellos/ellas el proceso de toma de decisiones[233]. Pues bien, esta tesis se asentaría en este modelo pero en un intento de superarlo al otorgar al paciente una mayor dimensión relacional. En definitiva, se trata del encuentro valioso entre dos personas y no de la contemplación de un bien por parte de una de ellas.

A partir de lo indicado en los párrafos anteriores, es posible ahora introducir la definición de Presencia Intencional que resulta más adecuada, y que se propone como sustento para la correcta relación de los/las agentes implicados/as

[230] "Patricia Benner, precursora de este modelo, concibe la persona como un ser integral teniendo en cuenta características como la construcción del *yo* que se desarrolla con la experiencia interactiva con los demás, es allí donde se observa al individuo como ser biopsicosocial el cual está involucrado en el desarrollo de actividades internas y externas las cuales establecen sus necesidades. A partir de esto, el profesional de enfermería debe actuar con cada ser humano de manera diferente, integrando todas sus necesidades y no valorándolo como objeto pasivo de cuidado, sino como un ser de cambios continuos (…). La planificación, ejecución y evaluación del cuidado requiere de competencias del ser, el saber y el saber hacer. Son una serie de habilidades que especifican el arte del cuidado enfermero las cuales son propias de cada individuo cuidador (…). Patricia Benner busca que la enfermera/o supere una serie de niveles con la finalidad de llegar a la *experticie*. Sin embargo, durante este proceso debe enfrentar situaciones complejas, las cuales pretenden que el profesional cree habilidades como la intuición". Carrillo Algarra A J, García Serrano L, Cárdenas Orjuela C. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global, 2013; 12(32): 346-361.

[231] Benner P, Spichiger E, Wallhagen M. Nursing as a coring practice from a phenomenological perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2005; 19(4): 303-309.

[232] Brykczynski K. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Edide, 2005; 165-79.

[233] Simón P. El consentimiento informado: alianza y contrato, deliberación y decisión. En: Couceiro A. Ética en cuidados paliativos. San Sebastián: Triacastela, 2004; 45.

en el ámbito asistencial sanitario. Partiendo de la definición propuesta por Smith, con el término *Presencia Intencional* se quiere señalar un proceso interpersonal que se caracteriza por el diálogo, el compromiso, la plena participación, la apertura, la atención fluida y la trascendente unidad entre dos personas[234]. En este caso, en las relaciones asistenciales sanitarias, se caracteriza por ser un encuentro, diálogo y compromiso entre el/la profesional sanitario/a con el/la paciente y, al mismo tiempo, por ser un encuentro, diálogo y compromiso entre el/la paciente y el/la profesional sanitario/a. Pero esta propuesta, en estos términos, no agota la intensidad del concepto ya que ese encuentro, diálogo y compromiso entre ambos puede quedarse en los aspectos superficiales de una relación por basarla en aspectos utilitaristas[235], o por desdeñar el todo por una de las partes (por ejemplo, desviar del foco de atención al sujeto en beneficio de una determinada patología). De ahí que se considere necesario que la anterior definición sea completada en el sentido de que, ese encuentro interpersonal, debe asentarse en el reconocimiento de dos personas dotadas de una dignidad ontológica y sustentarse en una relación de amor satisfactoria para ambas.

[234] Smith M. Integrative review of research related to Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. Advances in Nursing Science, 2011; 24(3): 256-272.

[235] Se define utilitarismo como "Doctrina moderna que considera la utilidad como principio de la moral". Definición de la RAE. http://dle.rae.es/?w=utilitarismo&o=h. (Accedido el 3 de noviembre de 2015).

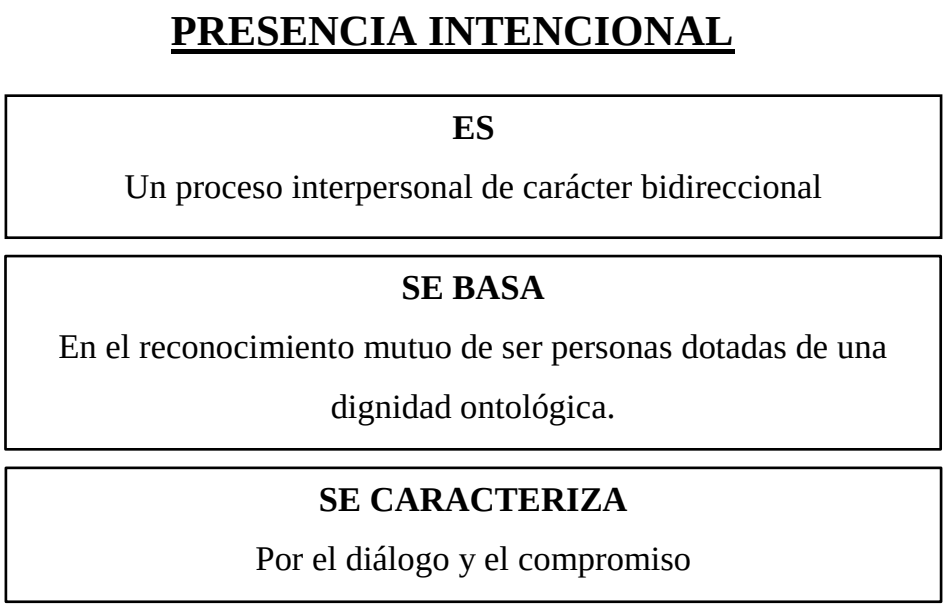


Figura 2

Caracterización del concepto de Presencia Intencional.

ELEMENTOS QUE ESTRUCTURAN LA PRESENCIA INTENCIONAL

6. ELEMENTOS QUE ESTRUCTURAN LA PRESENCIA INTENCIONAL

Una vez analizados y expuestos los conceptos de persona y dignidad como las bases a través de las cuales se sustenta la Presencia Intencional; tras describir las tres principales realidades adversas a las que cualquier enfermero/a y paciente ha de hacer frente, que a su vez guardan estrecha relación entre el modo de afrontarlas y la manera de acompañar; tras analizar la Presencia Intencional y aportar una nueva definición del concepto, es importante ahora centrar la mirada en los principales elementos involucrados en la Presencia Intencional. Estos elementos (la corporalidad, el conocimiento, la afectividad, el yo personal, la libertad, la comunicación y la sociabilidad), a nivel teórico, pueden llegar a concebirse como realidades abstractas y aplicables de forma general a otras disciplinas. No obstante, partiendo de unos presupuestos teóricos, lo que en este capítulo se pretende explicar es cómo contribuyen a que la Presencia Intencional se dé de manera satisfactoria. En otras palabras, para que el/la enfermero/a pueda establecer una relación basada en la Presencia Intencional es necesario que tenga un conocimiento (sustentado en un aprendizaje teórico-práctico) de los elementos que la estructuran.

6.1. LA CORPORALIDAD

Numerosas son las estructuras que están involucradas en la Presencia Intencional. Pero, sin duda, lo primero que el/la profesional de Enfermería observa de un/a paciente son sus rasgos físicos, esto es, el cuerpo. Y es que, la corporalidad es la dimensión básica y primera del ser humano, es en ella donde se arraiga cualquier otra función y capacidad.

6.1.1.Aproximación al concepto: la persona como ser corporal

Antes de profundizar y ahondar entorno a los aspectos antropológicos de la corporalidad, y en consonancia con el concepto de persona del capítulo tres, cabe precisar, en primer lugar, qué es el cuerpo. Dicha entidad se puede definir como "la dimensión física, orgánica o material de la persona. Las manos, los pies, el corazón, etc. tienen una medida, un volumen, un perfil, un tamaño"[236]. Pero la realidad corporal del ser humano trasciende la dimensión puramente material, física o biológica[237]. El cuerpo de la persona es mucho más que un conjunto químico, que una masa física o algo contrapuesto a espíritu. La corporalidad[238] es el modo en que la persona se hace presente en el mundo y en el tiempo, es decir, su modo de vida es en el cuerpo y a través de él. "La corporalidad no es un accidente que le sucede al ser humano: no es posible pensarlo si no es con su cuerpo"[239]. A partir de éste se reconoce al individuo concreto: lo identifico porque lo reconozco a través de su cuerpo.

Dicho esto, cabe ahora profundizar en cómo el ser humano se tiene o relaciona con su ser corporal. Esta conexión presenta cierto carácter complejo, e incluso problemático. La primera ambigüedad aparece justo en el mismo instante en el que se puede afirmar que la persona es cuerpo y a la vez tiene un cuerpo. En efecto, por una parte, el ser humano es corporal, lo mismo que puede decirse de cualquier otro organismo animal. Por otra parte, sin embargo, tiene un cuerpo, es decir, se experimenta a sí mismo como entidad que no es idéntica a su corporalidad, sino que, por el contrario, la tiene a su disposición. "La experiencia que una persona tiene de sí misma oscila entre ser y tener cuerpo, equilibrio que tiene que recuperarse una y otra vez"[240].

[236] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 67.

[237] Marías J. Persona. Madrid: Alianza, 1997; 135.

[238] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 139.

[239] Spaemann R. Personas. Acerca de la distinción entre "algo" y "alguien". Pamplona: EUNSA, 2000; 53-57.

[240] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 71.

En los siguientes apartados se abordará la diferencia existente en la relación "tener cuerpo" y "ser cuerpo", y la relación cuerpo-alma.

6.1.1.1. "Tener cuerpo" vs "ser cuerpo"

Es importante encontrar el significado profundo de las expresiones "*tener cuerpo* y *ser cuerpo"*[241], ya que la falta de comprensión de estos conceptos generan controversias y diferentes maneras de entender la persona, afectando, de este modo, al/a la propio/a paciente y a la buena praxis enfermera. Por un lado, es posible afirmar que el ser humano tiene cuerpo porque, efectivamente, es algo que se puede objetivar, palpar y, de alguna manera, "separar" de la persona misma. Ya, primeramente, en la experiencia lingüística se refleja la objetivación del propio cuerpo al poder decir "Yo soy mi cuerpo*"*. Pero no sólo la no identificación con éste corresponde a una experiencia lingüística o al resultado de un análisis lingüístico, sino que uno puede experimentarse como sujeto aún no siempre coincidiendo con su cuerpo. Esta no identificación se hace patente, por ejemplo, en situaciones de enfermedad o de una cierta discapacidad somática, cuando se experimenta que el cuerpo no corresponde a lo que uno quisiera, o su expresión no da cuenta de la lucidez mental aún conservada. Un ejemplo sería un paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica[242], enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular, donde el cuerpo y la mente se van distanciando progresivamente y de modo irreversible.

Pero sería un error quedarse sólo en la afirmación anterior. El propio cuerpo no puede reducirse a un objeto cualquiera del cual uno puede disponer,

[241] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 71-72.

[242] Se origina cuando unas células del sistema nervioso, llamadas motoneuronas, disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren, provocando una parálisis muscular progresiva hasta la parálisis total, de pronóstico mortal. En la ELA, las funciones cerebrales no relacionadas con la actividad motora, esto es, la sensibilidad y la inteligencia, se mantienen inalteradas. Díaz Aguilar P, Mézcua Navarro S, Canales Molina J, Romero García P J. Manual CTO de Enfermería. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 2007; 430-431.

como si de una propiedad se tratara. No es algo extrínseco a la existencia, a la vida del sujeto. Mounier lo expresa de la siguiente manera:

> <<No puedo pensar sin ser, ni ser sin mi cuerpo; yo estoy expuesto por él a mí mismo, al mundo, a los otros; por él escapo a la soledad de un pensamiento que no sería más que pensamiento de mi pensamiento. Al impedirme ser totalmente transparente a mí mismo, me arroja sin cesar fuera de mí en la problemática del mundo y las luchas del hombre. Por la solicitación de los sentidos me lanza al espacio, por su envejecimiento me enseña la duración, por su muerte me enfrenta con la eternidad. Hace sentir el peso de la esclavitud, pero al mismo tiempo está en la raíz de toda conciencia y de toda vida espiritual. Es el mediador omnipresente de la vida del espíritu>> [243].

Por tanto, el ser humano no sólo no tiene cuerpo sino que es *corporal*[244]. Esto es, "participa simultáneamente de la condición subjetiva y de la objetividad mundana. A través de él, el sujeto está inserto en el mundo y sometido a sus leyes y condicionamientos externos"[245].

6.1.1.2. La persona, ser uno, cuerpo y alma.

Tras haber concluido que la corporalidad no es una parte de la persona, sino su modo de ser[246], es vital preguntarse acerca del ser mismo de la persona, aquello que, junto al cuerpo, lo constituye esencialmente. Asumiendo la existencia de la realidad espiritual en el ser humano (siendo ésta una realidad fundamental, en numerosas ocasiones, es obviada y/o rechazada por un gran número de profesionales sanitarios/as), se atisba el "problema cuerpo-alma":

[243] Mounier E. El personalismo. Madrid: Acción Cultural Cristiana, 1997; 22.

[244] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 68.

[245] Ferrer U. ¿Qué significa ser persona? Madrid: Palabra, 2002; 138.

[246] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 71.

cómo se comportan entre sí, cómo en esa dualidad se constituye la unidad de la persona o se reducen esos mismos elementos a unidad.

Lo primero y fundamental es aclarar conceptualmente lo que se entiende por alma. Tal y como señala Coreth[247], en el lenguaje cotidiano y muy especialmente en el uso lingüístico religioso tradicional, es costumbre hablar del alma en el sentido de realidad consciente y espiritual. De este modo, se hace referencia a los estados y experiencias anímicas, a la vida y dirección del alma, a su supervivencia e inmortalidad. Pero esto no siempre fue así: desde el punto de vista de la historia del concepto persiste una diferencia esencial entre *alma* y *espíritu*[248]. Tal y como apunta Coreth, "el *alma* no significa especialmente alma humana espiritual, sino el principio vital de todos los seres vivientes" [249]. Así, se habla también del alma de la planta y del animal, en cuanto que son organismos animados que, como tales, suponen una fuerza, un principio vital. Ésta se define, pues, como el principio interno de la vida corporal. Por otro lado, está el *espíritu*, que indica esencialmente algo más, esto es, "un principio de ser y de obrar superior que se halla por encima de lo corporal y material"[250]. Sin embargo, en la persona, "el *espíritu* es simultáneamente *alma*, entendiendo por ello no un espíritu puro sino un co-principio de la realidad humana, cuya razón de ser es la *encarnación*; es decir, el principio espiritual e inmaterial, que al propio tiempo anima y vivifica el cuerpo humano y que es, por tanto, el principio vivificante de toda la vida corporal"[251]. Únicamente en este sentido puede hablarse de un alma espiritual. Así pues, se expresa ya una doble función del alma en sentido estricto: es principio de vida espiritual y corporal.

[247] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 187-188.

[248] Alviar J J. El tiempo del Espíritu: hacia una Teología pneumatológica. Pamplona: EUNSA, 2006; 112-125.

[249] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 189.

[250] Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 1996; 156.

[251] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 190.

A partir de aquí, la concepción de la persona (en cuanto a la unidad cuerpo-alma) se ve comprometida por diferentes líneas de pensamiento. Por un lado, están las posturas dualistas[252-253], que conciben al ser humano como dos realidades separadas: la materia y el espíritu. Tal y como apunta Juan Manuel Burgos[254], se trata ciertamente de una doctrina incorrecta, pero se puede decir que tiene una buena "justificación" porque resulta realmente sorprendente que en el ser humano convivan de manera armoniosa dos realidades, el espíritu y la materia, siendo, en principio, tan antitéticas. De hecho, Ortega, define al ser humano como "un centauro ontológico"[255] ya que una parte de él está inmersa en la naturaleza; la otra parte, sin embargo, trasciende de ella.

Otro modo histórico de resolver el problema de la relación alma-cuerpo es eliminando o reduciendo al máximo una de las dos realidades, esto es, la corporalidad o la espiritualidad, evitando así el problema de la complejidad de la persona y el de la unidad alma-cuerpo. Según el elemento que se elimine, esta opción conduce a monismos[256-257] de tipo espiritualista o materialista.

Es evidente que en todas las vertientes y teorías señaladas anteriormente se vislumbra la dificultad de explicar, por un lado, cómo el campo de lo anímico puede reducirse a una realidad material; y, a la inversa, cómo la corporalidad que la persona experimenta con una relativa independencia frente a lo anímico puede reducirse y explicarse únicamente como un fenómeno espiritual.

Ante esta tesitura, surge la pregunta sobre el significado de la expresión "la persona es un ser *uno*". En primer lugar, tal y como apunta

[252] Murillo J I, Giménez-Amaya J M. Diccionario de Filosofía. Pamplona: EUNSA, 2010; 730-731.

[253] Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989; 21-29.

[254] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 71.

[255] Ortega y Gasset J. Meditación sobre la técnica. Madrid: Santillana, 1997; 34.

[256] Murillo J I, Giménez-Amaya J M. Diccionario de Filosofía. Pamplona: EUNSA, 2010; 783-785.

[257] Frankl V. La idea psicológica del hombre. Madrid: Rialp, 1999; 67-82.

Coreth[258], con anterioridad a cualquier pluralidad de teorías en relación a la persona, ésta se experimenta y entiende a sí misma como una totalidad concreta, no compuesta de partes, sino como un ser único y completo. Es la de un yo encarnado que es posible percibir simultáneamente como carne animada o como alma encarnada; y no como cuerpo por una parte, y alma por otra. El lenguaje común así lo avala: es impensable decir: "Mi cuerpo tiene frío" o "Mi alma estudió mucho ayer". Ambas constataciones son remitidas al sujeto único que las ha vivido.

Por otro lado, la experiencia testifica que toda acción o vivencia humana es corpóreo-espiritual, psicofísica, psico-orgánica: "la actividad humana es unitariamente psico-orgánica en todos, absolutamente todos, sus actos"[259]. En el ser humano no se dan actos puramente espirituales ni corporales; mas bien existen actos preponderantemente espirituales o preponderantemente corporales. De hecho, el mismo conocimiento intelectual (acto espiritual por excelencia) se da a partir de la experiencia de los sentidos.

Lo que es evidente es que hablar del alma y del cuerpo separadamente es "ceder a la imaginación que los yuxtapone y a la raíz platónica de la mentalidad occidental que los escinde"[260]. La unidad materia-espíritu cobra, pues, en el ser humano su más estricta verificación. Es impensable el espíritu a extramuros de la materialidad, que opera como su expresión y su campo de realización. A su vez, el cuerpo no se limita a ser instrumento del espíritu, es justamente su modo de ser. En definitiva, la persona es alma y, a la vez, cuerpo; pero "no como mera contigüidad de facto. Es alma en tanto que esa totalidad está dotada de una interioridad, densidad y profundidad tales que no se agotan en la superficialidad del hecho físico-biológico; es cuerpo en tanto que dicha

[258] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 196.

[259] Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza, 1986; 482.

[260] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 30.

interioridad se visibiliza, se comunica y se autoelabora históricamente en el tiempo y en el espacio"[261].

En este sentido, cabe advertir que no todo lenguaje alma-cuerpo es sin más dualista. Una cosa es distinguir momentos estructurales diversos en una realidad única, y otra numerarlos como si fueran unidades sumables. El dualismo tiene que ver no con la afirmación del alma y el cuerpo sino con un determinado modo de interpretar su relación mutua. También, al hablar de la persona como un ser uno no debe equivaler a una concepción unilateralmente monista ya que la unidad que el ser humano es supone la distinción de dos factores estructurales. Por tanto, el ser humano no es ni sólo cuerpo ni sólo alma. No es tampoco cuerpo más alma, al modo de dos entidades completas y meramente adosadas. Es todo entero y al mismo tiempo lo uno y lo otro, alma y cuerpo.

Dicho esto, es posible entender que muchas dolencias afectivas, emocionales y espirituales se manifiesten en el cuerpo [262]. Por ello, es transcendental incidir en la importancia que tiene la Enfermería, no sólo en la atención a la sintomatología o la problemática que manifiesta el organismo humano, sino también en una correcta observación de los hechos acontecidos en la vida del/de la paciente, en un análisis de la situación personal, familiar y social, y en una valoración de todo aquello que preocupa y hace sufrir al sujeto doliente. Sólo así será posible entender a la persona y lo que le ocurre en su conjunto.

Cabe señalar, además, que la Presencia Intencional en Enfermería únicamente se presenta bajo las premisas que se han propuesto anteriormente, esto es, si se contempla a la otra persona como un todo.

[261] Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 1996; 159.

[262] Piqueras J A, Martínez A E, Ramos V, Rivero R, García L J, Oblitas L A. Ansiedad, Depresión y Salud. Suma Psicológica, 2008; 5: 43-74.

6.1.2.Características fundamentales de la corporalidad

A partir de aquí, una vez abordado el problema fundamental de la unidad sustancial de la persona, admitiendo a la vez la existencia de dos elementos heterogéneos como son el cuerpo y el alma, cabe centrarse en los aspectos fundamentales del ser corporal, es decir, aquello que pone a la persona en relación con el mundo y con los otros, y permite desarrollar una adecuada presencia intencional.

6.1.2.1. La condición sexuada

Del mismo modo que se señaló en el capítulo tres que el hombre y la mujer, aún siendo esencialmente iguales, su modo específico de ser es distinto en sus manifestaciones concretas, cabe ahora señalar que una de esas manifestaciones específicas y, a la vez diferenciadas, es la corporalidad. Y es que el cuerpo es siempre, o masculino o femenino, es decir, tiene *sexo*. A partir de aquí, la diferenciación sexual implicada en la corporalidad confiere al ser humano una doble tonalidad afectiva, un doble modo de instalación mundana y de relación social correlativamente.

Tal y como apunta el profesor Amengual[263], en primer lugar, que en la persona se produzca diferenciación sexual implica que hay un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los demás. En segundo lugar, esa diferenciación sexual caracteriza al varón y a la mujer, no sólo en el plano físico, sino también en el psicológico y espiritual, marcando cada una de sus expresiones[264].

[263] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 86.

[264] López Moratalla N. Cerebro de mujer y cerebro de varón. Madrid: Rialp, 2007; 54.

Ahora bien, a lo largo de la historia, el sexo[265] se ha ido estudiando casi exclusivamente desde el ángulo biológico. Pero éste no sólo viene definido por un órgano corporal y su implicación en el plano físico.

> <<La necesidad de integrar la sexualidad en el conjunto del proyecto personal de vida requiere no pensarla ni tratarla simplemente como puro mecanismo de placer, cuyo uso quede ya justificado por el simple consentimiento del otro, ni tampoco como puro mecanismo reproductor de la especie, aunque por sí misma sea una relación que hace referencia a la fecundidad>>[266].

En este mismo sentido, Marías señala que "la actividad sexual es una limitada provincia de nuestra vida, muy importante pero limitada, que no comienza con nuestro nacimiento y suele terminar antes de nuestra muerte, fundada en la condición sexuada de la vida humana en general, que afecta a la integridad de ella, en todo tiempo y en todas sus dimensiones"[267]. También, Wojtyla señala que "el sexo es constitutivo de la persona, no simple atributo suyo" [268]. "Esto demuestra lo profundamente que el hombre, con toda su soledad espiritual, con la unicidad e irrepetibilidad propia de la persona, está constituido por el cuerpo como *él* o *ella*"[269].

[265] Siguiendo los significados que confiere el Diccionario de la Lengua Española (DRAE) en cuanto a las palabras "sexo" y "sexualidad", se presenta la siguiente distinción: "Sexo" se tomará como "el conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo". (Sexo masculino, sexo femenino). Definición de la RAE. http://dle.rae.es/?id=XlApmpe. (Accedido el 15 de abril de 2015). "Sexualidad" se acepta como "apetito sexual, propensión al placer carnal". Definición de la RAE. http://dle.rae.es/?id=XlsxvTJ. (Accedido el 15 de abril de 2015).

[266] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 87.

[267] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 160.

[268] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 1982; 242.

[269] Juan Pablo II. Varón y mujer. Teología del cuerpo. Madrid: Palabra, 1995; 78.

Así pues, lo único que permite comprender biográficamente, sin cosificación alguna, la condición sexuada del ser humano es el concepto de *instalación* explicado por Julián Marías:

> <<Yo estoy en mi sexo, es decir, en mi condición de varón, instalado en ella; es mi manera de estar viviendo, el modo concreto de mi mundanidad, de mi corporalidad, de todas las demás instalaciones; desde esa instalación vivo vectorialmente, proyectándome en diversas direcciones, apoyándome con una "firmeza" que depende en gran parte de la de esa instalación. Y primeramente me proyecto desde mi sexo hacia el otro. La condición sexuada, lejos de ser una división o separación en dos mitades, que escindiese media humanidad de la otra media, refiere la una a la otra, hace que la vida consista en habérselas cada fracción de la humanidad con la otra (y digo fracción porque la sexualidad "rompe" la totalidad humana en dos partes que se reclaman) (…).
>
> La condición sexuada introduce algo así como un "campo magnético" en la convivencia; la vida humana en plural no es ya "coexistencia" inerte, sino *convivencia* dinámica, con una configuración activa; es intrínsecamente, por su propia condición, proyecto, ya por el hecho de estar cada sexo orientado al otro.
>
> El hombre y la mujer, *instalados* cada cual en su sexo respectivo (literalmente respectivo, porque cada uno consiste en "mirar" al otro), viven la realidad entera desde él. Esta instalación es *previa a todo comportamiento sexual*>>[270].

Todo ello originado desde una diferenciación en cuanto a los aspectos psicológicos, afectivos y cognitivos, propios de cada sexo. Y es que "la diferenciación sexual de la persona no afecta sólo al cuerpo, sino también al espíritu"[271]. Por ende, modula también la psicología y la vida intelectual. Las

[270] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 164.

[271] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 149-155.

diferencias a nivel psíquico son más de intensidad y tonalidad que de presencia o ausencia de características propias. Todo esto influirá en el modo de llevar a cabo la Presencia Intencional en Enfermería. Y es que, en ese tipo de relación, se tendrá que considerar la diferencia y complementariedad entre hombres y mujeres para poder establecer un proceso satisfactorio de comprensión y entendimiento. Así, por ejemplo, es importante tener presente que "la mujer generalmente es más sensible que el hombre: se da cuenta con más facilidad de los pequeños detalles. Tiende a ser más afectiva y emotiva: llora y ríe con más facilidad, se conmueve más ante estímulos casi imperceptibles para el hombre. Su sensibilidad y emotividad influyen en la inteligencia que se desarrolla de manera distinta que la del hombre. La inteligencia femenina es más intuitiva, mientras que la masculina es más discursiva"[272].

Por último, es importante tener en cuenta que la libertad humana no se opone a lo natural o a lo dado nativamente. La persona nace con un sexo biológicamente diferenciado, pero no se reduce sólo a eso. Su identidad personal se construye en consonancia con la interacción social y cultural de la cual forma parte. Varón y mujer tienen la misma naturaleza humana, pero la tienen y la realizan de modos distintos y complementarios. Esta diferencia y complementariedad entre varón y mujer no añade nada a la igualdad radical de dignidad, derechos y deberes de ambos[273].

6.1.2.2. La dimensión espacial y ser-en-el-mundo.

El cuerpo[274] sitúa a la persona en el mundo, la mundaniza, la hace *ser-en-el-mundo*. Éste determina la perspectiva y el horizonte del ser humano. Es el

[272] García Cuadrado J. A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 139.

[273] Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

[274]"En último término, sólo porque estoy en el cuerpo, de modo que soy yo mismo mi cuerpo, puedo estar y existir en unos espacios. El cuerpo me asigna una determinada posición en el espacio y lo condiciona para tener relaciones con realidades próximas o aproximables. El cuerpo es el punto de referencia, en

centro a través del cual se ordenan y se organizan los objetos y las demás personas, configurando su mundo y su entorno. Y es que la realidad del cuerpo es, en cierto sentido, co-extensiva al mundo. Es la estructura a través de la cual la existencia humana particulariza el universo[275].

Dicho brevemente: cuerpo y mundo son magnitudes que se co-implican mutuamente. Ruiz de la Peña lo explica de la siguiente forma: "Si el hombre no puede sin el mundo, y si el mundo se polariza dinámicamente hacia el hombre, es claro que la consumación del uno ha de repercutir en el otro; el cosmos alcanza su destino al ser alcanzado por el destino de la humanidad"[276].

Así pues, tal y como apunta Amengual[277], "ser encarnado es estar abierto y dirigido al mundo y a los objetos que hay en él. Ser sensible a los objetos es estar ante ellos y pertenecer al mundo formando parte de él a través o gracias a mi cuerpo" [278]. Y es que el cuerpo permite a la persona ser-en-el-mundo, lo abre a él, comunica, permite actuar y recibir la acción, percibir, conocer, participar, hace posible la presencia en el mundo, entendiendo por presencia no un mero estar ahí, sino ser para alguien, una relación intencional con el entorno y con los otros, que incluye la relación cognitiva; también la participativa y la activa.

---

relación al cual toda cosa toma su lugar y es situada. Es el que me determina mi perspectiva". Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 84.

[275] "Si el hombre es persona y naturaleza, esta misma naturaleza lleva en sí una cierta dualidad: es una "naturaleza compuesta", "sintética", en la cual lo visible y lo invisible se penetran y se contienen mutuamente. Por su cuerpo, el hombre participa del mundo de la materia y de la vida o más bien, el cuerpo es la inserción de la persona en la materia universal, la estructura a través de la cual la existencia personal particulariza el universo". Clément O. Sobre el hombre. Madrid: Encuentro, 1983; 93.

[276] Ruiz de la Peña J L. La otra dimensión. Santander: Sal Terrae, 1986; 215-216

[277] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 84.

[278] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 85-86.

6.1.2.3. Ser-en-el-tiempo

En tanto que cuerpo, la persona está inmersa en ese tipo de duración continua y sucesiva la cual se denomina *tiempo*. La primera consideración sobre el tiempo es el reconocimiento de su carácter esencial en la vida humana. En palabras de Burgos, "el ser humano es, constitutivamente, un ser temporal: habita en el tiempo y se mueve en el marco y en el horizonte de la temporalidad". Este modo de ser, su modo específico de estar en el mundo, no sólo afecta a la dimensión corporal del ser humano, sino también a la psique y al espíritu. Así pues, una de las características definitorias que se extrae de la temporalidad es, en primer lugar, que la persona es un ser sucesivo. El citado autor continua explicando esta noción de ser sucesivo de la siguiente forma: "No estamos dados de manera definitiva en un momento y para siempre, sino que somos seres en movimiento, que vivimos de un pasado que ya no somos mientras pensamos y actuamos en vista de un futuro que seremos más adelante. (…) El hombre es, pues, un diálogo de pasado y futuro que se realiza en el presente. Lo que soy y lo que hago depende de lo que he sido y de lo que quiero ser"[279].

Y es que, al ser-en-el-tiempo, la persona va haciéndose progresivamente. Por tanto, no es un ser hecho o alguien que se hace de manera instantánea. Esto es, el ser humano, posee una "estructura biográfica"[280]. En palabras de Marías, "la vida humana es temporal y sucesiva (…). La vida humana no es interminable, sino que ha empezado y terminará –sea cualquiera su destino ulterior-; además, su posesión no es simultánea, sino precisamente sucesiva –se va poseyendo- y no es perfecta, sino imperfectísima y precaria; inestable en el instante presente, pálida y empobrecida en la memoria del pasado,

[279] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 349-350.

[280] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 72.

incierta y vaga en la anticipación del futuro. La vida se presenta en todo caso como afectada por la finitud temporal: su fórmula son "los días contados" [281].

Por otra parte "la temporalidad de la vida humana no está hecha de instantes, de puntos temporales desconectados entre sí, sino de momentos engarzados significativamente"[282]. Por ello, toda acción o decisión llevada a cabo en el pasado trasciende el presente y el futuro de cada persona, produciendo en el sujeto repercusiones éticas y morales positivas o negativas[283].

Así pues, en la terreno de la Enfermería y en alusión al tiempo, cabe señalar que es significativamente importante que los/las profesionales vayan formándose progresivamente, sin duda, en las cuestiones prácticas y, también, en las cuestiones éticas y morales que se dan en el quehacer diario de la propia profesión ya que en las manos enfermeras se encuentran vidas humanas. Además, una actuación de Enfermería llevada a cabo en el momento preciso puede repercutir positivamente en la recuperación de la salud del/de la paciente y le sirve al/a la propio/a enfermero/a para adquirir experiencia ante futuras intervenciones.

Además, el tiempo de cada ser humano está estructurado o, en otras palabras, no es homogéneo. Burgos, en este sentido, señala que "el tiempo como cualidad física, como medida del movimiento de los cuerpos, y especialmente el tiempo objetivado en los relojes, sí es homogéneo y fluye de manera constante. Pero el tiempo de la vida humana, el desarrollo temporal de la vida personal, no.

[281] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Alianza, 1970; 179-180.

[282] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 351.

[283] "El *instante* no es un punto sin duración, sino que es un *entorno* temporal cuando se trata de la vida humana y no del tiempo cósmico. Pasado y futuro están presentes en una decisión, en un hacer humano; lo que se hace, se hace por algo y para algo y esa presencia (por abreviada que sea) de la motivación y la finalidad introduce la distensión temporal, la duración, en cada instante de mi vida; lo cual significa que, hablando rigurosamente, ésta no consta de instantes, sino de *momentos*. Ésta es la forma de la temporalidad intrínseca de la vida humana". Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 180.

(…) La sucesión de mi vida no se articula automáticamente en torno al segundero del reloj, sino ante períodos y sucesos que tienen una extensión y una profundidad determinada"[284].

Por último, el tiempo es finito y limitado para todas las personas. Como bien indica Burgos, "no dispongo de todo el tiempo que quiero y cuando quiero sino que me viene dado (…). Existe, por un lado, una finitud cotidiana y domesticable: tener o no tener tiempo en un contexto específico (…). Pero hay otra finitud mucho más profunda y radical que viene dada porque mi tiempo global está contado. Tengo un tiempo finito de vida, aunque no sé cuánto es, y este hecho es tan decisivo que estructura internamente la temporalidad forjando lo que se suele denominar etapas de la vida: infancia, juventud, madurez, vejez"[285].

En este sentido, cuando una persona sufre alguna enfermedad severa o, simplemente, cuando experimenta que las fuerzas flaquean, el tiempo[286] adquiere un significado distinto, es como si la vida se escapara. Ante esto, es importante que desde la práctica asistencial enfermera se trabaje la realidad de cada situación particular para poder acompañar en las inquietudes, preocupaciones y angustias que estos estados pueden conllevar.

6.1.2.4. Ser mortal

La vida del ser humano tiene un carácter finito, limitado, no sólo desde el punto de vista temporal (no vive siempre), sino también existencial (no decide vivir) y ontológico (nadie se da a sí mismo el ser). Ese carácter finito que se revela en la vida de las personas se hace más nítido ante la muerte, donde se

[284] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 351.

[285] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 352-353.

[286] Bayés R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. Medicina Paliativa, 2007; 7(3): 101-105.

advierte que la vida se escapa por completo al control del ser humano: "Nadie me preguntó si quería venir al mundo y nadie puede hacer nada para quedarse en él"[287].

La muerte se presenta, en primera instancia, como un dato biológico incuestionable, es decir, un organismo vivo es incapaz de realizar operaciones vitales de manera indefinida[288]. Esta situación también afecta al ser humano como un ser más del mundo natural. Y es que la persona constata que la estructura como ser humano está abocada a la muerte[289].

Sin embargo, las cuestiones antropológicas aparecen cuando se reconoce que el ser humano no es sólo un ser más en el mundo natural, es decir, no sólo se da en él el proceso de envejecimiento y muerte, sino que, además, la persona tiene conciencia de la muerte a través de su propia estructura psíquica.

A partir de aquí, es importante plantearse la pregunta: ¿Cómo está presente la muerte en la vida de la persona? Tal y como apunta el profesor Burgos[290], la muerte se presenta en la vida primero como posibilidad. Y es que la vida humana es frágil: un accidente, una enfermedad repentina, etc. pueden acabar con la vida de cualquiera, incluso con la del más fuerte. Pero esta mera posibilidad influye en la propia vida de modo más bien anecdótico. Es posible, pero es altamente improbable y, por otra parte, no es algo que dependa en absoluto del propio ser humano. Por eso la persona vive dejando de lado esta posibilidad que, por otro lado, es real. Sin embargo, muy diferente es ya la

[287] Gevaert J. El problema del hombre: Introducción a la Antropología Filosófica. Salamanca: Sígueme, 2003; 306-307.

[288] Pangrazzi A. ¿Por qué a mí? El lenguaje sobre el sufrimiento. Madrid: San Pablo, 2007; 32.

[289] Jomain C. Morir en la ternura. Vivir el último instante. Madrid: San Pablo, 1994; 48.

[290] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 358.

certeza de la muerte[291], es decir, el hecho de saber que la muerte llegará, aunque no cuándo.

El hecho de que la vida de una persona sea de carácter limitado estructura toda su existencia ya que imprime a cada uno de sus actos un carácter único e irreversible. Curiosamente, la muerte es la que da valor a la vida. Esta idea la plasma Borges de una forma magistral: "la muerte hace preciosos y patéticos a los hombres. Éstos conmueven por su condición de fantasmas; cada acto que ejecutan puede ser último; no hay rostro que no esté por desdibujarse como un sueño. Entre los Inmortales, en cambio, cada acto es el eco de otros que en el pasado lo antecedieron, sin principio visible, o el fiel presagio de otros que en el futuro lo repetirán hasta el vértigo. No hay cosa que no esté como perdida entre infatigables espejos"[292].

De esta forma se puede afirmar que la muerte se considera un proceso natural y al mismo tiempo antinatural en la vida de las personas: "es natural, en cuanto que es una realidad con la que convivimos pero, al mismo tiempo, (…) es lo más contrario a la naturaleza humana porque significa su destrucción"[293].

Cuando una persona se plantea en qué consiste morir descubre que aparecen ciertos límites que con la simple razón no es posible darles solución. Y es que el ser humano no tiene experiencia directa de la muerte porque son siempre las demás personas que mueren. La experiencia directa de dicho acontecimiento pasa por el hecho de morir, y si eso pasa, deja de tener sentido y utilidad preguntarse acerca de la misma. Ante estas limitaciones de la razón, es posible aferrarse a la experiencia externa que posee el ser humano acerca de la muerte: "la pérdida del cuerpo significa la destrucción de la persona en cuanto tal, de toda la persona. No muere solamente el cuerpo, muere el sujeto completo,

[291] Saber que toda persona va a morir algún día, Scheler lo denomina "certeza intuitiva". Scheler M. Muerte y supervivencia. Madrid: Encuentro, 2002; 31.

[292] Borges J L. El Aleph. Madrid: Alianza, 1997; 25-26.

[293] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 359.

el hombre o la mujer"[294]. "La muerte es un hecho que afecta al hombre entero"[295].

6.1.2.5. El cuerpo, expresión comunicativa del yo

La persona se realiza comunicándose y expresándose en la visibilidad del cuerpo y en la realidad concreta del mundo. En este sentido el cuerpo es "expresión de la persona, de tal manera que sus expresiones revelan de alguna manera sus intenciones y pensamientos, actitudes y capacidades"[296]. Y es que, cuando el ser humano se expone, de la forma que sea, no hace sino poner en juego las posibilidades de su cuerpo; la expresión es siempre manifestación sensible, visible, de la propia interioridad. Así pues, la corporalidad es la condición de posibilidad de la manifestación de lo invisible. Dicho de otra manera, la interioridad sólo es accesible desde la exterioridad corporal. También el cuerpo humano es expresión y realización visible en el mundo. A través de él existe comunicación con las demás personas y, también, interacción y transformación del mundo. "La fisonomía y los gestos son expresión de la personalidad y de la vida anímica"[297]. Por ello, es fundamental permanecer atentos a todo aquello que el/la paciente transmite con el lenguaje corporal. Y es que, por ejemplo, puede darse el caso que el/la paciente, con el habla, transmita una serie de cosas al/a la enfermero/a, y su cuerpo, en contraposición, comunique otras diferentes. Ante esta situación, la clave está en la atenta observación y en la adecuada interpretación ya que la realidad corporal de la persona también comunica.

De este modo, el cuerpo constituye la primera forma de expresión a través de la cual la persona se comunica. De él se deriva un lenguaje

[294] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 362.

[295] Rahner K. El sentido teológico de la muerte. Barcelona: Herder, 2010; 15.

[296] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 88.

[297] Stein E. Ciencia de la Cruz. Burgos: Monte Carmelo, 2006; 87.

fundamental, en primer lugar, porque el cuerpo siempre habla, dice algo, aunque no sea más que dando a entender que no quiere decir nada o que quiere ocultar su reacción[298]. En segundo lugar, porque es el primer lenguaje que el ser humano usa y aprende, hasta aprender el lenguaje articulado.

Es posible especificar una gran cantidad de expresiones que el ser humano transmite a través del lenguaje corporal (la risa, el llanto, la danza, el tacto, etc.). Pero, la función comunicativa se intensifica y se condensa en el rostro humano. A través de él, la persona transmite su intimidad, su actitud ante los demás, su estado de ánimo. De esta forma, "la cara es una parte privilegiada del cuerpo, no sólo en el sentido de ser importante, quizá la más importante, sino en el de funcionar como representante de todo el cuerpo; por eso, para identificarlo, para considerarlo como tal cuerpo, basta con el rostro (...). Diríamos que el cuerpo se contrae o se concentra en la cara, la cual funciona como singular abreviatura de la realidad personal en su integridad (…). En la cara encuentro a la otra persona (…). La cara es el centro de organización de toda la corporalidad"[299].

Así pues, a través del lenguaje del rostro se vislumbra de forma inmediata la presencia de un ser humano. Más aún, especialmente, en los ojos[300] se encuentra a la persona y aquello que, desde su intimidad, quiere comunicar y transmitir. Por ello, es importante para la Enfermería saber llegar a descubrir lo que el sujeto doliente quiere trasmitir sin necesidad de palabras ya que es

[298] Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza, 2013; 63.

[299] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 128-134.

[300] "Miradas agresivas o miradas de odio, de fascinación o sorpresa, de recelo o indiferencia. Podemos despreciar a alguien con nuestra mirada o, todavía más, no mirándolo, como si no existiera o quisiéramos reducirlo a la nada, mientras que los enamorados, por el contrario, no pueden más que mirarse fijamente porque buscan penetrar en el alma del otro a través de sus ojos. Por eso mismo, una mirada directa de un desconocido nos alerta puesto que parece pretender una intimidad a la que no tiene derecho y la evitamos cuando, por casualidad, estamos obligados a compartir un espacio limitado (un ascensor, una mesa) porque no deseamos ni sabemos compartir una intimidad que la mirada parecería sugerir". Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 80.

frecuente observar en un paciente temor, timidez o reparo a la hora de expresarse y/o de preguntar acerca de su estado de salud y el único recurso que le queda para trasmitir aquello que le ocurre es a través del lenguaje no verbal[301]. Así pues, estos aspectos de expresión del cuerpo tienen gran relevancia en la Presencia Intencional.

6.1.3.Características que trascienden la corporalidad

La persona, siendo corporal, trasciende el cuerpo en el cuerpo mismo, no se vacía de él. En relación a esto, Gabriel Marcel comenta que "ser encarnado es aparecer como cuerpo. Como este cuerpo, sin poder identificarse con él, sin poder tampoco distinguirse de él, siendo identificación y distinción; operaciones correlativas la una a la otra"[302]. Lo cierto es que no hay un inteligir puro al margen o más allá del cuerpo. Así pues, no es posible que se de la "desencarnación". Y, aunque esto sea así, no significa que el alma, el yo consciente, el espíritu y la inteligencia sean reductibles a la exterioridad sensible, que el interior personal quede totalmente expuesto y manifiesto en su expresión corporal, que el alma se reduzca a gesto, que el pensamiento sea sólo palabra y que el inteligir sea un sentir complejo.

Y es que sentir no es un fenómeno en tercera persona; es un "yo siento". Todo ello lleva a afirmar que el ser humano, "siendo corporal, es más que cuerpo; "siendo sentiente es más que sensibilidad"[303]. Estas afirmaciones han de servir para recordar a la Enfermería que está al servicio de la persona en su conjunto (cuerpo, mente y espíritu) a través de una adecuada Presencia Intencional. Y es que la finalidad de esta específica forma de relación entre el/la paciente y el/la profesional sanitario/a es el satisfactorio cuidado y el idóneo acompañamiento del paciente en el proceso y evolución de su estado de salud, ya

[301] Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza, 2013; 36-54.

[302] Marcel G. Filosofía concreta. Madrid: Rev. de Occidente, 1959; 30.

[303] Marías J. Antropología metafísica Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 132.

sea para prevenir cualquier dolencia, para proveer de cuidados en un proceso de enfermedad, o para acompañar, confortar y aliviar a la persona enferma en los instantes finales de su vida.

6.1.3.1. Trascendiendo el mundo

La persona es-en-el-mundo trascendiendo el mundo[304] y la materia; se percibe a la vez como mundano y frente-al-mundo, de modo que él y el mundo nunca forman un "nosotros". Esta mundanidad trascendente[305] se refleja ya en la realidad biológica: mientras que el animal tiene medio especializado, *circunmundo*, el ser humano tiene mundo, esta abierto a él. Del mismo modo, la persona capta los objetos que constituyen su mundo sin dejarse captar por ellos. Zubiri expresaba esta realidad de la siguiente forma: "el viviente (frente a la realidad inorgánica) está caracterizado por una independencia y control respecto del medio; es su modo de implantación en el cosmos. Esta independencia del medio es distinta según el grado de vida y forma del viviente. Pues bien, en el caso del hombre hay frente al medio de su vida algo más que mera independencia. El viviente está implantado en la realidad según un modo preciso: formar parte de ella. Pero el hombre es *suyo*, es su realidad propia frente a toda realidad real o posible (…). Y en este sentido su realidad, en cuanto que es suya, tiene un peculiar modo de independencia: estar suelto de las cosas reales en cuanto reales. Su modo de implantación en la realidad no es formar parte de ella sino ser *suyo* como realidad *frente* a toda otra realidad. No es formar parte sino que es otra cosa: es un modo de realidad *absoluto*"[306].

De este modo, el mundo sólo se convierte en el propio mundo cuando influye en la persona de manera decisiva, cuando penetra en la propia experiencia personal. Cuando se ha dado esa compenetración, entonces el mundo se convierte

[304] Choza J. Manual de antropología filosófica. Madrid: Rialp, 1989; 27

[305] Ortega y Gasset J. El hombre y la gente. Madrid: Alianza, 2010; 125.

[306] Zubiri X. El hombre y Dios. Madrid: Alianza, 2013; 51.

en el supuesto desde donde el ser humano comprende las cosas y las situaciones, su ilimitación, su capacidad para tender a todo el bien y a toda la verdad, sin contentarse nunca con bienes o verdades parciales. Y es que este *plus pulsional* [307] es una cualidad que emerge vivencialmente de la experiencia constante e irrebasable de la insatisfacción, de la inquietud; el ser humano es el único animal endémicamente insatisfecho (ya sea por aspiraciones personales y/o profesionales, por cuestiones de salud, etc.) y busca nuevos horizontes donde hallar su felicidad. En este sentido, la persona es el único ser vivo capaz de esperanza[308], vislumbrando como posibilidad aquello que más desea.

Por último, señalar que el animal está perfectamente ajustado a su realidad (a su *circunmundo*). No siente necesidad de rebasarla, porque se acopla perfectamente a ella. El ser humano, en cambio, no; hay un desajuste crónico entre él y su mundo que lo impulsa a trascenderlo, en vez de reposar sobre él. En suma: la persona se experimenta inseparablemente como ser-en-el-mundo (por su corporalidad) y como ser-frente-al-mundo (por su espiritualidad).

En este sentido, y a modo de ejemplo, a diferencia del animal, la persona no se conforma con aceptar que algún ser querido fallezca. Es evidente que la muerte[309] forma parte del proceso natural de la vida, no obstante, el ser humano busca encontrar un significado, un porqué a esa separación, a ese quebranto relacional. Es en ese desajuste donde la persona manifiesta la necesidad de trascender las adversidades del mundo, intentando dotarlas de significado mediante la espiritualidad.

---

[307] Gehlen A. Antropología filosófica: del encuentro y descubrimiento del hombre por sí mismo. Barcelona: Paidós, 1993; 68.

[308] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Revista de Occidente, 1973; 158.

[309] Pellegrino E D, Thomasma D C. Virtue-based ethics: natural and theological. En: Pellegrino E D, Thomasma D C. The Christian Virtues in Medical Practice. Washington D C: Georgetown University Press, 1996; 6-28.

6.1.3.2. Trascendiendo el tiempo

Ser-en-el-tiempo implica a la persona vivir en una instalación que va cambiando con su propio transcurrir y en la cual ella misma proyecta y realiza su propia vida. Esto es, si no acontece una enfermedad a temprana edad o no se produce un acontecimiento extraordinario (por ejemplo, un accidente de tráfico) que ponga en riesgo la vida humana. Conforme la persona va quemando etapas[310], el desgaste y la fragilidad se hacen cada vez más presentes en la persona, siendo a su vez límite y condición de posibilidad de nuevas experiencias y oportunidades.

Ahora bien, ciertamente, el ser humano lucha contra el tiempo, trata de estar por encima de él, de dejarlo atrás[311]. Esto no sería posible si no existiera en la persona algo intemporal, inmaterial e inmortal. Y es que lo temporal y lo intemporal conviven juntos en el ser humano dándole su perfil característico. Yepes y Aranguren señalan tres modos en que la persona es capaz de superar la temporalidad[312]. El primer modo de superar el tiempo es guardar memoria del pasado, ser capaz de volverse hacia él y advertir hasta qué punto dependemos de lo que hemos sido. La segunda manera es desear convertir el presente en algo que permanezca, que quede a salvo del devenir que todo se lo lleva. Y así, la persona desea que las cosas buenas y valiosas duren, que la muerte no llegue, que lo hermoso se salve o que exista la eternidad. En el ser humano se da una pretensión de inmortalidad: las personas quieren que su pasar no pase nunca. Una fiesta, el enamoramiento en sus primeros momentos llenos de ilusión, la madurez de una relación que ha sabido alcanzar su equilibrio perfecto y que la hace bella: son momentos que reclaman permanencia y que, por eso mismo, marcan la vida humana con cierta melancolía, amargura o esperanza, según se confíe o no en su

[310] Guardini R. Las etapas de la vida. Madrid: Palabra, 2006; 122.

[311] No obstante, "sin ese Sí, sin abandonarnos a aquello que la naturaleza nos ofrece, perdemos el valor y el significado de nuestros días –queremos ser jóvenes o viejos- y defraudamos a la vida". Hesse H. Elogio de la vejez. Madrid: El Aleph, 2011; 69.

[312] Yepes R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología. Pamplona: EUNSA, 2009; 298-299.

permanencia. Rescatar el tiempo, revivir lo verdadero, son constantes en el comportamiento humano. El ser humano es reiterativo: quiere volver porque querría quedarse. Por último, hay una tercera manera de situarse por encima del tiempo que es anticipar el futuro, proyectarse con la inteligencia y la imaginación hacia él, para decidir lo que vamos a ser y hacer. Y así, además de instalación en una forma concreta de estar en el mundo, el ser humano tiene proyección, pues vive el presente en función de lo por venir.

Así pues, la persona vive el tiempo de forma que el pasado no es simplemente lo que ya ha sido y el futuro lo que aún no ha sido; el ser humano es ahora por algo (por lo que ha sido) y para algo (para lo que será). Esto significa que su pasado pervive en él realmente, lo estructura en su actual semblante, y su futuro pre-vive en él, lo moviliza, lo estimula, lo orienta hacia una dirección. En palabras de Marías, "lo que pasa, nos pasa, es decir, acontece, nos toca. Por esto, lo que pasa se queda, va constituyendo el contenido de la vida, su haber o riqueza, y, en ese sentido, es la sustancia de la vida. El futuro, por su parte, es una realidad que no es todavía, que por eso mismo no se tiene, pero con la cual hay que hacer la vida: por eso se vive *a crédito*, contando con el futuro que se posee anticipándolo"[313]. En este sentido, el tiempo no es sólo una dimensión extrínseca a la vida del ser humano.

Por último, es importante remarcar aquí el concepto de *historicidad*. Por un lado, la persona no es un *factum* sino un *faciendum*[314], un ser que se va constituyendo a lo largo de su vida, una realidad indeterminada que va determinándose a sí misma eligiendo él mismo sus posibilidades de ser. Por otro lado, dicho concepto señala que, para el ser humano, el pasado (y no sólo individual sino también colectivo) sigue estando actual y actuante en el presente como el conjunto de posibilidades que ha precipitado. Del mismo modo, el futuro está contenido en el presente bajo forma también de posibilidad.

[313] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 181.

[314] Ortega y Gasset J. Historia como sistema. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007; 57.

De todo ello le adviene al tiempo vivido una peculiar *elasticidad*[315]: los instantes que lo componen no son nunca iguales entre sí, están informados por una suerte de pulsación que los dilata o los comprime, todo ello como consecuencia del temple psicológico predominante. Y es que el tiempo-cantidad se reviste de una cualidad humanizada.

En conclusión, el ser humano se sabe temporal y, con todo, se desea eterno; no se resigna a ser para la muerte. En este sentido, se observa, por ejemplo, que gran parte de la publicidad que se ofrece en los diferentes medios de comunicación se centra en plantear fórmulas "mágicas" para contrarrestar el efecto que provoca en las personas el paso del tiempo (las arrugas, las inflamaciones de las articulaciones, la caída del pelo, etc.). Y es que, la persona, aún estando en edad avanzada, se siente más joven de lo que realmente es y se esfuerza por ganar años a la vida, se desea (como se ha dicho antes) eterno.

6.1.3.3. Trascendiendo la muerte

La muerte es una de las dimensiones del ser humano. Pero la experiencia universal ante la muerte invita a la persona a considerar que quizás no sea éste su último destino[316].

La persona vislumbra experiencias que pueden suscitar en ella preguntas que van más allá de la muerte y que terminan por desembocar entorno a la idea de inmortalidad: su ilimitado deseo de libertad, felicidad y plenitud de sentido; su experiencia de una responsabilidad incondicional y de un amor definitivo[317]; su capacidad de conocer la verdad, etc. En definitiva, son maneras

[315] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 351.

[316] La persona "aspira a seguir viviendo indefinidamente, a no morir nunca, a eludir, no esta muerte que amenaza, sino toda muerte". Marías J. La felicidad humana. Madrid: Alianza, 1989; 342.

[317] La persona tiene pretensión de inmortalidad porque es capaz de amar y quiere siempre seguir amando: "podemos amar porque somos inmortales, pero sabemos que somos inmortales porque podemos amar". Vicente J. El horror de morir. Barcelona: Tibidabo, 1992; 305.

que el ser humano tiene de experimentarse como un ser espiritual. Y es que, pese a estar vinculado a determinados elementos materiales, los trasciende.

A partir de aquí cabe advertir que, las cuestiones que trascienden la muerte, es decir, todo aquello relacionado con la inmortalidad del ser humano, son cuestiones de difícil (por no decir imposible) resolución puesto que escapan y escaparán siempre al ámbito de la propia experiencia[318]. El más allá es un mundo no sólo desconocido, sino inaccesible, al que sólo es posible acceder a través de las creencias y la religión. Por ello, es muy importante que desde la Enfermería, a través de una adecuada Presencia Intencional, se atienda con especial relevancia la espiritualidad[319] del ser humano, más aún en los momentos finales de la vida, ya que, para muchas personas, es bálsamo para afrontar el momento trágico de la muerte.

6.2. EL CONOCIMIENTO HUMANO

Para llevar a cabo una adecuada Presencia Intencional es importante entender el modo de acceso al conocimiento, ya que éste no sólo ayuda a saber cómo se realiza una técnica determinada o a reconocer cuándo una prueba es correcta o no lo es. El conocimiento también permite, entre otras cosas, descubrir a la otra persona, ayudar a comprenderla y a con ello, vislumbrar la realidad que le envuelve y le rodea

[318] "Los hombres, al no haber podido remediar la muerte, la miseria, la ignorancia, se han puesto de acuerdo, para ser felices, en no pensar en ello". Pascal B. Pensamientos. Madrid: Alianza, 1986; 56.

[319] "La oración no es otra cosa que el *diálogo* del hombre con Dios, el darse y recibir propio de todo intercambio entre personas. (…) La esencia del contenido antropológico de la religión cristiana es el amor, y no el miedo". Yepes R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología. Pamplona: EUNSA, 2009; 89.

6.2.1. Aproximación al concepto: la persona como ser de conocimiento

En una primera aproximación, podemos definir el conocimiento como "la capacidad que tiene la persona de salir de sí misma, trascendiéndose, de acceder al mundo que le rodea, comprenderlo y poseerlo de manera inmaterial"[320]. Todo ello es posible porque la persona, a diferencia de cualquier ser vivo, tiene como atributo esencial la interioridad. En este sentido, Burgos explica que, "aunque el ser humano vive en el mundo y está rodeado por las cosas, su atención no está tan ocupada que no le permita un momento de sosiego para estar consigo mismo. El hombre puede separarse de las cosas y entrar dentro de sí"[321]. Así pues, el ser humano es capaz de tomar distancia, separarse de las cosas que le rodean y puede abstraerse del mundo y meterse dentro de sí, "ensimismarse"[322]. Pero no sólo eso ya que, en esa capacidad de abstracción, la persona es capaz de trascenderlo[323], es decir, ir más allá, traspasando los límites espacio-temporales, pudiendo así llegar a vislumbrar conceptos universales. Y es que, mediante el conocimiento, el hombre sale de sí mismo y llega a ser otras cosas, sin serlo. Burgos lo describe en los siguientes términos: "Soy la calle que veo frente a mí con sus árboles, sus ruidos y sus coches, sus contraluces y sus claroscuros. La comprendo, la conozco, accedo a ella y en ese sentido la poseo. La calle está dentro de mí pues, si no, ¿cómo podría saber de su existencia si está más allá y yo no estoy allí? Pero la poseo sólo intencionalmente, inmaterialmente, pues, a pesar de todo, yo

[320] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 141.

[321] Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 75.

[322] Ortega y Gasset J. Obras completas. Madrid: Alianza, 1983; 75-76.

[323] Tal y como describe el profesor Copleston, la filosofía de la existencia permite realizar un cuidadoso análisis fenomenológico de esta apertura del ser humano. Según Heidegger, el ser del hombre consiste en la superación de sí, en ese ir más allá, y en la apertura. A su vez, para Ortega y Gasset el ser del hombre no es cerrado, hecho, sino un hacerse continuo. Por último, Sartre contrapone el ser-en-sí, cerrado y lleno, al ser-por-sí, abierto y vacío. El hombre es, según Sartre, el ser-por-sí, un conjunto de ser y de no ser. Copleston F. Historia de la Filosofía (vols. I-IV). Barcelona: Ariel, 1984.

no soy ni la calle ni el azul del cielo ni el verde de los árboles. Soy una persona que contemplo y conozco. Este es el misterio del conocimiento"[324].

6.2.2.Estructura del conocimiento humano

El conocimiento humano tiene un carácter unitario y forma en su conjunto una estructura dinámica. "El conocimiento no es una cualidad exclusiva de la inteligencia; ya hemos visto que existe un conocimiento sensible. Pero con la inteligencia, el conocimiento humano adquiere su plenitud y alcanza el máximo de su perfección"[325].

Así pues, con tal de explicar esta estructura unitaria y siguiendo el esquema propuesto por el profesor Lucas [326], es posible hablar de dos dimensiones y de cinco fases en el proceso cognoscitivo (Figura 3).

EL PROCESO COGNOSCITIVO
Dimensión sensible del conocimiento humano
1ª fase: sensaciones externas
2ª fase: percepción interna
Finalidad del conocimiento sensible
Dimensión intelectual del conocimiento humano
3ª fase: conceptualización
4ª fase: juicio
5ª fase: razonamiento

Figura 3

Cuadro-esquema de las fases del proceso cognoscitivo.

[324] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 141.

[325] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 142.

[326] Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 83.

Es importante subrayar que estas dimensiones y fases del proceso cognoscitivo humano, aunque teóricamente se expliquen por separado, en realidad se dan de manera conjunta.

Por último, es importante resaltar que el conocimiento se inicia a través del contacto concreto e inmediato con la realidad, esto es, comienza a través de la experiencia[327]. Y es que, en sentido estricto, "la experiencia indica el contacto sensitivo con la realidad; contacto que existe sin lugar a duda y que es una de las condiciones fundamentales para que pueda realizarse la actividad intelectual"[328]. En este sentido, cabe definir la experiencia como "la presencia concreta del ser humano que entra en contacto con la realidad"[329].

6.2.2.1. La dimensión sensible del conocimiento humano

La Figura 3 en la cual se expone el esquema del proceso cognitivo se va ir repitiendo en cada epígrafe para que al/a la lector/a le sea más fácil el seguimiento del texto.

[327] Sellés, J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 254.

[328] Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 87.

[329] Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 87.

6.2.2.1.1. Primera fase: sensaciones externas

EL PROCESO COGNOSCITIVO
Dimensión sensible del conocimiento humano
1ª fase: sensaciones externas
2ª fase: percepción interna
Finalidad del conocimiento sensible
Dimensión intelectual del conocimiento humano
3ª fase: conceptualización
4ª fase: juicio
5ª fase: razonamiento

El punto de partida son las sensaciones, primera fase [330] del conocimiento humano y contacto sensible con la realidad. Yepes y Aranguren mantienen que "la sensación capta cualidades sensibles o accidentes particulares de los cuerpos, pero no la naturaleza, esencia o totalidad de ellos. Son, por así decirlo, *aspectos* de esos cuerpos que impresionan los sentidos externos: el ruido de un motor, el azul del cielo, etc. Esas cualidades son captadas por un receptor especializado, que es el sentido externo respectivo (vista para el color, oído para el sonido, olfato para el olor, gusto para el sabor y tacto para las características físicas del propio cuerpo o del cuerpo de otro)"[331]. Por lo tanto, se puede decir que la sensación [332], como primera fase del proceso cognoscitivo, es el conocimiento inmediato y concreto de una cualidad material[333] (externa o interna a nuestro cuerpo) que se obtiene mediante la respuesta del órgano sensorial pertinente a un estímulo físico, químico o mecánico.

[330] "La sensibilidad es la forma más elemental del conocimiento". Arregui J V, Choza J. Filosofía del hombre: una Antropología de la intimidad. Madrid: Rialp, 1993; 144.

[331] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 2009; 72.

[332] "El acto de sentir no es algo puramente físico, sino subjetivo, porque el que siente es el sujeto, pero la sensación depende directa y totalmente de la realidad material o física. No existe sin ella". Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 86.

[333] "Al ver una mesa, por ejemplo, los compuestos materiales de la mesa, la madera, el hierro, etc. no están materialmente, por suerte, en el ojo. Lo que está, y no en el ojo, sino en el *acto de ver*, es la *forma coloreada* de la mesa sin la materia de ella". Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 261.

Así pues, las sensaciones están asociadas a los *sentidos*. Se definen como "aquellas facultades sensibles que además de vivificar a su propio órgano corpóreo, permiten conocer de modo sensible las realidades físicas particulares que están presentes"[334]. También se describen como "las facultades orgánicas cuya actividad constituye la primera fase del proceso cognoscitivo"[335]. Como es conocido existen cinco[336-337]: el tacto, el gusto, el olfato, el oído y la vista. Con ellos es posible captar dimensiones esenciales y unitarias del mundo físico (colores, sonidos, textura de los objetos, etc.). "Son, pues, nuestro primer elemento de conexión con la realidad"[338]. Cabe recordar que hay personas que por enfermedad o disminución física no pueden emplear alguno de los sentidos. No obstante eso no es impedimento para que la sensibilidad tenga lugar. De igual manera, no todos los seres humanos poseen el mismo grado de sensibilidad: hay quien tiene buen oído o malo, o quien tiene especial sensibilidad hacia los matices de los colores, etc.

Ahora bien, es importante señalar que una sensación es la consecuencia de una serie de procesos que se dan en el organismo. En este sentido, Tortora y Derrickson[339] describen que, inicialmente, el medio físico en el que se encuentra la persona produce un estímulo físico de tipo electromagnético, químico o mecánico que impacta en los sentidos alterándolos. Pero no todo estímulo posee esa capacidad. Para afectar a un órgano sensorial tiene que superar una barrera a la que se denomina *umbral*[340]. Hay tres tipos de

[334] Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 261.

[335] Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 95.

[336] Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Alianza, 1970; 138.

[337] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 86.

[338] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 86.

[339] Tortora G J, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. México: Panamericana, 2006; 347-349.

[340] McGuire L. Dolor. En: Beare-Myers. Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid: Elsevier, 1999; 62-88.

umbrales[341]: inferior, superior y diferencial. A su vez, el umbral diferencial indica la variación mínima que tiene que tener un estímulo para que la persona capte alguna diferencia. Si la variación es excesivamente pequeña, la persona será incapaz de notarlo.

El estímulo afecta a los órganos sensoriales a través de los denominados *receptores*[342]. En éstos se produce el fenómeno llamado *transducción*[343], que consiste en la transformación de la energía del estímulo en impulsos nerviosos que son asimilados e interpretados por el organismo. Estos impulsos viajan a través del sistema nervioso hacia el cerebro dando lugar propiamente a la sensación y, en el caso de que sea necesario, a la respuesta consiguiente del organismo. La respuesta sigue el proceso inverso. Parte del cerebro, pasa a través del sistema nervioso y llega a los músculos a los que da las órdenes necesarias para producir el movimiento correspondiente.

Cabe advertir, sin embargo, que en los pasos descritos se está haciendo referencia, en cierta manera, a una abstracción, esto es, el resultado de aislar y separar un elemento de un proceso mucho más complejo. Y es que, tal y como apunta el profesor Burgos[344], en la práctica, pocas veces se da una percepción aislada pura (ver un color solamente, por ejemplo). Habitualmente, lo que se produce son percepciones complejas[345] de las que la sensación constituye sólo un elemento. Percibimos una rosa como una entidad unitaria y múltiple

[341] En el caso del oído, por ejemplo, la persona nunca sentirá un sonido con una frecuencia inferior a 16 ciclos por segundo ni mayor que 20.000 ciclos por segundo. Laso F J. Patología General. Barcelona: Masson, 2005; 187.

[342] Tortora G J, Derrickson B. Principios de Anatomia y Fisiología. México: Médica Panamericana, 2006; 347-349.

[343] Díaz Aguilar P, Mézcua Navarro S, Canales Molina J, Romero García P J. Manual CTO de Enfermería. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 2007; 549.

[344] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 89.

[345] Laso F J. Patología General. Barcelona: Masson, 2005; 190.

simultáneamente, y al percibirla olemos su fragancia, distinguimos su forma y apreciamos su diversidad de tonos y matices"[346].

6.2.2.1.2. Segunda fase: percepción interna

EL PROCESO COGNOSCITIVO
Dimensión sensible del conocimiento humano
1ª fase: sensaciones externas
2ª fase: percepción interna
Finalidad del conocimiento sensible
Dimensión intelectual del conocimiento humano
3ª fase: conceptualización
4ª fase: juicio
5ª fase: razonamiento

Se define percepción como "el proceso cognoscitivo por el que captamos de forma unitaria, integrada y estable los elementos físicos y sensibles que nos proporcionan los sentidos"[347]. También puede describirse como "el fenómeno psicológico que consiste en comprender, interpretar y dar sentido a las sensaciones. Permite reconocer objetos y acontecimientos de la vida. Va muy unida a la memoria, siendo dos procesos que interactúan mutuamente: sin memoria no hay percepción"[348]. Por último, cabe señalar que la percepción hace referencia al "proceso cognoscitivo que nos presenta sensiblemente los objetos en forma totalizante y unitaria"[349]. Es un proceso, es decir, un conjunto de capacidades y de actos mediante los cuales no solamente percibimos los objetos sensibles sino que los percibimos en un todo organizado, configurado y estructurado. Por tanto, consiste en interpretar un estímulo desde la experiencia de cada uno.

[346] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 89.

[347] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 90.

[348] Díaz Aguilar P, Mézcua Navarro S, Canales Molina J, Romero García P J. Manual CTO de Enfermería. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 2007; 548.

[349] Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 102.

La percepción tiene lugar a través de otras facultades distintas de los sentidos externos, las cuales se denominan normalmente *sentidos internos*. La diferencia entre los sentidos externos y los internos radica en el hecho de que los primeros trabajan sobre un material de orden físico y, transformándolo, lo hacen entrar en el orden psíquico del conocimiento; mientras que los internos trabajan ya sobre un material psíquico con el fin de unificarlo y estructurarlo. Estos son: el *sensorio común*[350], la *memoria sensible*[351-352], la *imaginación*[353-354], y la *cogitativa*[355]. Son capaces de captar los *actos* de los sentidos, retener objetos conocidos por la sensibilidad externa, formar otros nuevos y valorarlos, respectivamente. Tienen su soporte orgánico en el cerebro.

[350] "Es aquella facultad con soporte orgánico (parte del sistema nervioso del cerebro) que capta o siente *en común* los diversos actos de los sentidos externos". Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 265.

[351] La memoria se define como "la capacidad con base orgánica (cerebro) cuyo objeto propio son *recuerdos* referidos a realidades particulares y concretas del pasado". Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 265.

[352] "Si no tuviésemos memoria no sabríamos quiénes somos, ni de dónde procedemos". Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 99-100.

[353] La imaginación, por el contrario, se define como "una facultad que nos permite formar *imágenes*, objetos remitentes o no a la realidad física, elaboradas a partir de ella sin que las realidades sensibles estén presentes. Su soporte orgánico radica en el cerebro". Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 265.

[354] "Son esenciales para dar continuidad a la sensibilidad. Aunque una persona no perciba un objeto puede seguir hablando y pensando en él porque tiene la imagen en su interior. También permite reconocer objetos pues si la persona tiene en la mente la imagen de algo (un rostro, por ejemplo), cuando lo vea de nuevo lo reconocerá pues lo identificará con lo que guardaba en su interior". Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 101-103.

[355] La cogitativa aporta la valoración del objeto, pues percibe lo conveniente o lo nocivo. Se define como "la facultad con soporte orgánico cuyo objeto propio son las intenciones concretas de futuro. No sólo implica un conocimiento, sino también una valoración de lo real sensible, tanto en sí como para el sujeto". Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 265.

6.2.2.1.3. La finalidad del conocimiento sensible

EL PROCESO COGNOSCITIVO
Dimensión sensible del conocimiento humano
1ª fase: sensaciones externas
2ª fase: percepción interna
Finalidad del conocimiento sensible
Dimensión intelectual del conocimiento humano
3ª fase: conceptualización
4ª fase: juicio
5ª fase: razonamiento

El conocimiento sensible es parte integrante del conocimiento humano, y va más allá de la sola función biológica. Posee una doble finalidad[356-357]: en primer lugar, está ordenado a la conservación del cuerpo ya que con él se evitan las cosas nocivas y se buscan las necesarias para el sustento; y en segundo lugar, se ordena también al conocimiento intelectual, sea especulativo o práctico.

La inteligencia humana no entiende a través de ideas innatas o infusas; entiende por medio de ideas abstraídas de lo sensible. Y es que el conocimiento intelectual no se realiza sin recurrir al conocimiento sensible [358] pues el conocimiento humano es un conocimiento encarnado.

6.2.2.2. La dimensión intelectual del conocimiento humano

La estructura del conocimiento humano, además de la dimensión sensible, está constituida por la dimensión intelectual en su triple fase de concepto, juicio y razonamiento. "Mediante la inteligencia formamos ideas (o conceptos), juicios y razonamientos, gracias a los cuales el hombre accede a la

[356] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 54.

[357] Yepes R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología. Pamplona: EUNSA, 2009; 30-33.

[358] "Los sentidos son nuestro punto ineluctable de conexión con el mundo físico. Ni siquiera los experimentos científicos nos permiten superar esa supuesta *barrera* puesto que sólo podemos comprobar los resultados de esos experimentos a través de los sentidos". Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 94-95.

verdad *esencial* de la realidad"[359]. En efecto, la apertura a la realidad comienza con el conocimiento sensible pero es en el conocimiento intelectual donde se presenta la verdad[360] porque no sólo hay adecuación a la realidad sino que además se conoce dicha adecuación. Es importante resaltar que el conocimiento es simultáneamente sensitivo e intelectual, es decir, la persona no conoce primero lo sensible y después la esencia de las cosas, sino que conoce simultánea y unitariamente a través de su sensibilidad y de su inteligencia.

Dicho esto, cabe ahora discernir qué es la dimensión intelectual. Se define como "la capacidad que tiene la persona de salir de sí misma, trascendiéndose, de acceder al mundo que la rodea, comprenderlo y poseerlo de modo inmaterial"[361]. Así pues, el ser humano, partiendo de aprehensiones de objetos particulares, posee la capacidad de formar conceptos universales[362]. Sin embargo, el ser humano no sólo obtiene conceptos universales de cosas concretas (árbol, mesa, casa), sino que puede pensar cosas abstractas que no existen en sí mismas, sino sólo como cualidades de seres concretos[363]: la bondad, la sabiduría, la justicia, la paz.

A partir de aquí, es importante describir las diferentes fases que se dan en las operaciones del pensar. Cabe resaltar que son tres y están jerárquicamente ordenadas de la más simple a la más compleja:

[359] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 74.

[360] Segura C. La dimensión reflexiva de la verdad. Una interpretación de Tomás de Aquino. Pamplona: EUNSA, 1991; 160.

[361] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 141-142.

[362] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 74.

[363] Yepes R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología. Pamplona: EUNSA, 2009; 39.

6.2.2.2.1. Tercera fase: conceptualización

EL PROCESO COGNOSCITIVO
Dimensión sensible del conocimiento humano
1ª fase: sensaciones externas
2ª fase: percepción interna
Finalidad del conocimiento sensible
Dimensión intelectual del conocimiento humano
3ª fase: conceptualización
4ª fase: juicio
5ª fase: razonamiento

Esta es la primera operación del pensar. A través de ella se obtienen los conceptos (blanco, perro, etc.). Dicho proceso se realiza mediante una luz intelectual que el hombre posee y que se proyecta sobre las imágenes elaboradas por la imaginación, de las cuales abstrae el concepto. "La abstracción es el proceso mediante el cual la inteligencia elimina los aspectos sensibles de las realidades conocidas y se queda con el núcleo central significativo común de aquellas que tienen la misma naturaleza. A dicho núcleo se le denomina *concepto* y su carácter esencial es la universalidad"[364]. Los conceptos son, por lo tanto, *unidades de significado*[365] que superan la multiplicidad de lo real y desempeñan un papel clave en la comunicación, todo ello por su universalidad y objetividad.

[364] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 152.

[365] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 293.

6.2.2.2.2. Cuarta fase: juicio

EL PROCESO COGNOSCITIVO
Dimensión sensible del conocimiento humano
1ª fase: sensaciones externas
2ª fase: percepción interna
Finalidad del conocimiento sensible
Dimensión intelectual del conocimiento humano
3ª fase: conceptualización
4ª fase: juicio
5ª fase: razonamiento

Se trata del acto por el cual la inteligencia, tras reunir y conectar los conceptos, los afirma o los niega. "El *juicio* es el momento de la verdad. Acontece cuando el sujeto relaciona sus conocimientos (o conceptos) mediante proposiciones y determina, comparándolos con la realidad, su verdad o su falsedad. El perro es blanco; la persona está sentada, son ejemplos de juicios simples en los que se asienta, como decimos, la verdad"[366]. Es en el juicio donde aparece la verdad [367 - 368] explícitamente, puesto que "se precisa conocer la adecuación entre el entendimiento y la cosa conocida."[369]

[366] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 152.

[367]"El hombre no puede vivir sin la verdad, porque no puede vivir sin inteligencia, y el objeto de la inteligencia es la verdad". Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 294-297.

[368] La verdad se define como "la adecuación entre la mente y la realidad". Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 155-156.

[369] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 82.

6.2.2.2.3. Quinta fase: razonamiento

EL PROCESO COGNOSCITIVO
Dimensión sensible del conocimiento humano
1ª fase: sensaciones externas
2ª fase: percepción interna
Finalidad del conocimiento sensible
Dimensión intelectual del conocimiento humano
3ª fase: conceptualización
4ª fase: juicio
5ª fase: razonamiento

Consiste en la consecución de un juicio nuevo a partir de otros ya formulados. "El razonamiento es el proceso por el cual establecemos relaciones complejas entre nuestros conocimientos y encadenamos deducciones que nos permiten avanzar y establecer nuevas verdades" [370]. También se define el razonamiento como "un encadenamiento de proposiciones, lógicamente conectadas, de tal modo que desde unas proposiciones verdaderas ya conocidas llegamos a otra proposición verdadera que antes desconocíamos". Por ejemplo, *el perro es un animal*, *todos los animales viven y mueren*, por tanto, *los perros viven y mueren*. Obsérvese que en el razonamiento se trata de hacer explícita una verdad que ya se contenía implícitamente en las premisas conocidas."[371]

Tras analizar conceptualmente el proceso a través del cual la persona accede al conocimiento, cabe ahora explicar mediante un ejemplo dicho proceso: cuando hablamos de dolor, éste se hace consciente por medio de una serie de fases mediante las cuales, en primer lugar, la persona recibe un estímulo, por ejemplo, un pinchazo en el brazo a través de la piel (primera fase), ese estímulo, viaja por el sistema nervioso y el cerebro percibe que algo no va bien, que el brazo no está en condiciones óptimas, que algo le molesta (segunda fase). Entonces, el intelecto intenta conceptualizar ese estímulo, analiza el brazo, la aguja, el lugar donde se está produciendo (si es en el hospital o es en el trabajo),

[370] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 152-153.

[371] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 82.

busca experiencias previas, indaga en su propio conocimiento (tercera fase). Tras contrastar esa información, elabora un juicio en el que relaciona la información y vislumbra que le están extrayendo sangre en el hospital (cuarta fase) y ante ese pinchazo no puede apartar el brazo porque razona, en primer lugar, que es una prueba para determinar su estado de salud y porque puede hacerse daño si lo hace, aparte de entorpecer la labor del/ de la enfermero/a que le está atendiendo (quinta fase).

Es importante remarcar que el conocimiento es la base de cualquier relación entre personas, y como no, también de la Presencia Intencional. Por medio de un diálogo sincero, el/la enfermero/a puede vislumbrar la realidad que envuelve al sujeto enfermo, la dolencia que padece, las preocupaciones que lo afligen, etc. Y, a su vez, el/la paciente es capaz de percibir cuánto de verdad hay en las palabras y en los cuidados que el personal enfermero le proporciona.

6.3. LA AFECTIVIDAD

Tras analizar el modo en que la persona llega a conocer todo aquello que le rodea, esto es, mediante la sensibilidad y la razón, cabe ahora centrar la mirada en una zona intermedia en la que se unen estas dos realidades y en la cual se comprueba que el ser humano es verdaderamente unidad de cuerpo y alma. Se hace referencia a la afectividad. Ésta es esencial para establecer vínculos de unión entre personas y en la Presencia Intencional adquiere especial relevancia por el hecho de que ese vínculo entre personas se produce en una situación de "desigualdad" entre el/la paciente y el/la enfermero/a.

6.3.1. Aproximación al concepto: la persona como ser de afectos

El lugar que ocupa la afectividad en el ser humano es central. Conforma la situación anímica íntima de la persona, es la que impulsa o retrae el inicio de una acción, es la que provoca que las personas estén juntas o se separen. Y es que no es posible concebir una persona sin afectividad[372] pues, si se suprime dicha capacidad, el ser humano quedaría privado de humanidad en el sentido más profundo. En consecuencia, la imagen del ser humano es incompleta y, por tanto, falsa si no se contempla su capacidad de tener sentimientos[373].

Antes de seguir avanzando, es fundamental preguntarse acerca del significado de *afectividad*. Una primera definición puede ser "el conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona"[374]. También se entiende como "el vasto y variado mundo de los sentimientos y afectos (emociones y motivaciones), motivos-estímulos (deseos, anhelos, tendencias, inclinaciones, instintos, pulsiones, pasiones), talante, tono vital, ánimo, etc." [375] De estas definiciones se desprende que la afectividad abarca a la vez los aspectos pasivos y activos, como son el estado de ánimo, los deseos y las motivaciones. No obstante, se recurre nuevamente a Amengual para ofrecer una visión más completa del concepto: "con el término afectividad nos referimos, por una parte, a algo enraizado en el cuerpo mismo, en lo instintivo, como puede ser la conservación del individuo y la especie, el hambre y el apetito sexual, y que puede alcanzar también las formas más sublimes. Y por otra, es algo originario, más primitivo que el lenguaje y la razón. Del mismo modo que el cuerpo es el lugar desde donde se habla y se piensa, se relaciona y se quiere, etc., también lo

[372] Hildebrand D. El corazón. Madrid: Palabra, 2001; 31-54.

[373] Yepes define los sentimientos como "las tendencias sentidas". Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología. Pamplona: EUNSA, 2009; 57.

[374] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=afectividad. (Accedido el 1 de septiembre de 2015).

[375] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 94-95.

es la afectividad; es más, ella nos relaciona, nos abre y define más todavía nuestro lugar en el mundo, constituyendo el espacio en el que estamos y donde vivimos. La afectividad es lo que define nuestra percepción y orientación, nuestra proyección sobre el mundo y nuestra apertura a los demás"[376].

Ahora bien, cabe hacer una breve aclaración a dicho concepto ya que, aunque la afectividad[377] abarque emociones, sentimientos y pasiones, cada una de estas realidades se dan de manera distinta en la persona[378-379]:

1. *Emoción.* Se define como "una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática"[380]. Es una reacción afectiva[381] que surge súbitamente ante un estímulo. Es de corta duración y elevada intensidad. Además, genera modificaciones fisiológicas significativas pues aparecen por un estímulo en un contexto específico. Ejemplos de emociones serían el miedo, la tristeza, la ira, la sorpresa, etc.

2. *Sentimiento*. Se define como "un estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente"[382]. "Los sentimientos[383] son el modo de sentir las tendencias" [384] . Es un proceso afectivo

[376] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 94-95.

[377] "Los sentimientos no pueden disociarse de su carácter de sentimientos. Es decir, no pueden ser reemplazados por la voluntad (…). La manera en la que han de ser experimentados es precisamente sintiendo, no queriendo: son dos modos de experiencia irreductiblemente distintos". García-Morato J R. Crecer, sentir, amar. Afectividad y corporalidad. Pamplona: EUNSA, 2002; 55-56.

[378] Scheler M. Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético. Madrid: Caparrós, 2001; 444-465.

[379] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 239-240.

[380] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=emoción. (Accedido el 1 de septiembre de 2015).

[381] Malo A. Antropología de la afectividad. Pamplona: EUNSA, 2004; 54.

[382] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=sentimiento. (Accedido el 1 de septiembre de 2015).

[383] Marina J A. El laberinto sentimental. Madrid: Anagrama, 1996; 87-99.

[384] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 223.

relativamente estable adquirido en el proceso de socialización: el amor a la pareja, el odio al enemigo, el cariño hacia una madre, etc.

3. *Pasión*. Se define como "una perturbación o afecto desordenado del ánimo"[385]. Es un proceso afectivo[386] muy profundo de gran intensidad y que es capaz de dominar la actividad personal del individuo. Se diferencia de la emoción en que el tiempo de duración es mayor. Existen dos tipos:

    - *Pasiones superiores*. Encaminadas al desarrollo personal y moral del individuo. Son valoradas por el grupo social (pasión por la música, por el deporte, etc.).

    - *Pasiones inferiores*. Impiden u obstaculizan el desarrollo personal y social (pasión desmedida por el poder, la riqueza, etc.).

No obstante, Burgos [387] advierte que resulta difícil plantear una clasificación de los sentimientos por la dificultad que presenta la racionalización y sistematización de esta dimensión humana[388-389]. Todo ello queda reflejado en la multiplicidad de palabras que se emplean para describirlos y la poca precisión que tiene cada una de ellas: emoción, pasión, conmoción, sentimiento, afecto, sensación, etc. En efecto, intentar explicar el afecto que siente un/a enfermero/a por su paciente en términos de reacciones endocrinas puede ser ilustrativo pero explica bastante poco la naturaleza de ese sentimiento amoroso experimentado por el/la enfermero/a.

[385] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=pasión. (Accedido el 1 de septiembre de 2015).

[386] Malo A. Antropología de la afectividad. Pamplona: EUNSA, 2004; 62.

[387] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 110-112.

[388] Brennan R E. Psicología general. Madrid: Morata, 1969; 247.

[389] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 108-109.

6.3.2.La subjetividad de la afectividad

La dificultad para acceder a la comprensión objetiva de los sentimientos se entiende por una característica esencial de los mismos: la *subjetividad*[390].

Si bien es cierto que los sentimientos están ligados a la consecución de objetivos y a la relación del ser humano con el mundo, no obstante el núcleo de la afectividad no radica en las tendencias sino en la subjetividad. En efecto, la afectividad puede ser descrita como "una cualidad del ser psíquico que está caracterizada por la capacidad de experimentar íntimamente las realidades exteriores y de experimentarse a sí mismo, es decir, de convertir en experiencia interna cualquier contenido de conciencia"[391]. "Sentir es, fundamentalmente, vivirse a sí mismo, ser consciente de la propia intimidad y de sus múltiples modificaciones y avatares"[392].

Y es que el afecto es difícilmente observable desde la experiencia empírica que tiene lugar en el organismo humano. Es cierto que se han propuesto algunas clasificaciones de los sentimientos basándose en las repercusiones orgánicas que provoca, pero se trata de una visión parcial del fenómeno psíquico.

Tras lo expuesto anteriormente, parece que todo hace indicar que el mundo de la afectividad escapa a la mera observación externa y puede dar lugar a pensar que únicamente es posible acceder a dicho campo mediante la introspección subjetiva. Pero eso no es así ya que la afectividad es un mundo que atañe a toda la unidad psicosomática. Ésta "tiene un aspecto de interioridad anímica con respecto a la realidad valorada y unas manifestaciones corpóreas observables"[393]. Yepes mantiene que "los sentimientos son perturbaciones de la

[390] Gudín M. Cerebro y afectividad. Pamplona: EUNSA, 2001; 61.

[391] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 108-109.

[392] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 113.

[393] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 109.

subjetividad. Precisamente porque son una conciencia sensible de las tendencias, tienen un valor cognoscitivo: "dicen" algo de la realidad que los provoca. Así, una madre se da cuenta de modo inmediato de las necesidades de su hijo, o de si se encuentra bien. Y también "dicen" algo del sujeto que siente: la manera de estar afectado por los objetos y por el mundo en general"[394].

Así pues, la relación que existe entre los sentimientos y la manifestación corporal no son dos acontecimientos distintos; al contrario, es el fenómeno afectivo el que posee una dimensión somática de un hecho psíquico.

6.3.3.Características principales de la afectividad

Tras una aproximación al mundo de la afectividad, y tras haberla definido, cabe ahora analizar las cuatro características fundamentales[395-396-397] en las cuales se asienta:

1. *Carácter "pasivo y activo"*[398]. En un principio, la afectividad se define por ser un estado pasivo: el ser humano es afectado. Hace referencia al estado en que la persona se encuentra. Ahora bien, algunas situaciones o circunstancias, además de crear una afección, pueden convertirse en estímulos. Incluso un mismo afecto puede ser a la vez un estado de ánimo y una motivación, como, por ejemplo, la indignación o la compasión, provocada por una situación sufrida que a la vez provoca una reacción activa.

[394] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 47.

[395] Marías J. La educación sentimental. Madrid: Alianza, 1993; 273-298.

[396] Aguiló A. Educar los sentimientos. Madrid: Palabra, 2001; 76-89.

[397] García-Morato J R. Crecer, sentir, amar. Afectividad y corporalidad. Pamplona: EUNSA, 2002; 44-71.

[398] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 96.

2. *Carácter intencional*. Los afectos son intencionales[399], esto es, apuntan a personas, a animales, a objetos y a objetivos. Su carga intencional puede ser tan fuerte que incluso son capaces de transferir al mundo exterior su propio estado, de tal manera que la realidad aparece como un reflejo del afecto. En este sentido, no hay duda de que éstos tienen una dimensión cognitiva. Pero, por otra parte, dicha intencionalidad también es práctica: los afectos hacen referencia a personas, a animales, objetos y objetivos, y tienden a ellos, se dirigen a ellos, son provocados y movidos por ellos.

3. *Carácter proposicional*. Los afectos[400] tienen su propia expresión lingüística y su estructura proposicional para expresar las causas, las circunstancias y los objetos u objetivos que provocan dichos afectos (ejemplos: "me alegro de que vengas", "espero no enfermar"). Y es que éstos "no sólo provocan conocimiento, sino que ellos mismos son también producto de conocimiento, en la medida en que presuponen una opinión"[401]. Así pues, los afectos "son apreciaciones ya incorporadas en el psiquismo humano que actúan de modo automático, inmediato; lo cual pone de manifiesto la diferencia entre sentimiento (caracterizado por la inmediatez) y juicio (caracterizado por la mediación de un proceso racional argumentativo). Por ejemplo, el sentimiento de agrado o de admiración ante un gesto humanitario presupone el juicio y debe a veces convertirse en juicio a fin de argumentarlo, ver sus dimensiones y condiciones, etc., e incluso revisarlo, pero como sentimiento es ya una inmediatez adquirida"[402].

[399] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 98.

[400] Myers D G. Psicología. Buenos Aires: Panamericana, 1990; 433-454.

[401] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 98-99.

[402] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 98-99.

4. *Carácter corporal*. La afectividad se hace presente en el ser humano mediante determinadas expresiones corporales [403] y determinadas acciones. Por ejemplo, ruborizarse es expresión de vergüenza o perplejidad, por lo menos en nuestra cultura. Desde esta perspectiva, que la corporalidad haga alusión a la vivencia del propio cuerpo, no significa que los afectos no puedan tener sus expresiones corporales y no puedan ser reconocidos en otras personas. "La doble posibilidad de descripción del afecto, que nos viene dada según lo describamos como algo acaecido en el cuerpo propio o en el ajeno, lleva a distinguir entre la descripción desde la perspectiva de una *tercera* persona cualquiera, tal como lo puede observar, descriptible por tanto con medios objetivadores, y la descripción desde la perspectiva de la *primera* persona, que se refiere a cómo siento el sentimiento" [404].

6.3.4.Elementos comunes de la afectividad

En líneas generales es posible descubrir algunos elementos comunes[405-406] en el análisis de la afectividad.

1. *Objeto desencadenante*. Siempre hay una causa que pone en marcha el mecanismo emocional: el miedo ante un peligro; la alegría de encontrarse con una persona querida, etc. Es oportuno señalar también que no todas las emociones son igualmente objetivas: hay temores infundados causados por un objeto poco relevante. Un ejemplo de objeto desencadenante sería cuando el/la médico informa al/a la paciente que padece una enfermedad grave.

[403] Gudín M. Cerebro y afectividad. Pamplona: EUNSA, 2001; 63.

[404] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 99-100.

[405] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 110.

[406] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 46.

2. *Perturbación* anímica. Es la impresión subjetiva de la realidad externa. Ante el objeto desencadenante el sujeto siente esperanza, miedo o temor. Esa realidad exterior posee un valor positivo o negativo con respecto a la propia subjetividad. En base a esto y siguiendo con el ejemplo del apartado anterior, el/la paciente, ante la noticia de una enfermedad grave, siente miedo y angustia.

3. *Alteración orgánica o síntomas físicos*. La perturbación anímica provoca en el sujeto una serie de reacciones fisiológicas. Estas alteraciones orgánicas pueden ser de distinto tipo. *Reacciones viscerales* (respiración, ritmo cardíaco, presión arterial, glándulas lacrimales, etc.); *reacciones musculares* (escalofríos, temblores, contracciones, etc.); *reacciones expresivas (gestuales*: rostro, risa, mirada; y *motoras:* puesta en movimiento de los músculos y esqueleto). Todas estas alteraciones se encaminan a preparar el organismo a la acción externa. Así pues, continuando con el ejemplo expuesto anteriormente, el paciente puede presentar un rostro serio, puede sentir la necesidad de llorar, etc.

4. *Conducta práctica.* Las emociones se manifiestan en la conducta. Se trata de una conducta que se rige, básicamente, por el esquema atracción/rechazo con respecto a la realidad exterior captada por los sentidos y valorada por la cogitativa. Finalmente, en base al ejemplo, el/la paciente puede reaccionar, o bien queriéndose enfrentar a la enfermedad, o bien, resignándose y no deseando iniciar el tratamiento aconsejado por los/las médicos.

En este sentido, Yepes y Aranguren expresan gráficamente los elementos de la siguiente forma:

1 →	*2* →	*3* →	*4* →
Objeto desencadenante y sus circunstancias	Emoción o perturbación anímica	Alteraciones orgánicas o síntomas físicos	Conducta o manifestación

Figura 4

Cuadro-esquema de los elementos comunes de la afectividad extraído de Yepes y Aranguren[407].

Por último, cabe señalar que la relación entre estos elementos no es contingente sino necesaria porque se mantiene constante en todos los casos. Se puede afirmar que guardan una íntima unidad puesto que son correlativos entre sí.

6.3.5.Hacia el amor

Existen tres niveles esenciales en el mundo afectivo de la persona. El primer nivel lo constituyen las sensaciones corporales. Sentir frío o calor; o estar relajado, tenso o irritable son, en cierto sentido, afectos, pero de un nivel ontológico muy bajo. En segundo lugar, están los sentimientos como tal, entendidos éstos como reacciones psíquicas: ira o miedo, tristeza o alegría, pesadumbre o decepción. Por último, existe un tercer nivel de afectividad, más elevado, que sobrepasa lo corporal y lo sentimental. Esta modalidad afectiva es la que llega a las zonas más profundas y más elevadas de la persona y dónde queda implicado el corazón[408-409-410].

[407] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 46.

[408] Hildebrand D. El corazón. Madrid: Palabra, 2001; 84-89.

Antes de profundizar en la cuestión propia de este apartado, es importante resaltar que en el ser humano radica un anhelo permanente como consecuencia del conjunto y la sucesión de tendencias, sentimientos, inquietudes y preocupaciones que éste guarda en su interior. Este anhelo es su propia vida. Y es que la persona no es un hecho realizado, un deseo cumplido; experimenta una pulsión incontenible de completarse, de conseguir la plenitud, de realizarse, de ser feliz.

Sin embargo, cabe preguntarse si en ese afán de realización el ser humano cede al requerimiento de sus deseos, o por el contrario, es el amor hacia una realidad determinada el que lo impulsa y lo mueve con tal de alcanzarlo. Mucho se puede especular sobre esta cuestión, sin embargo, es necesario que estas dos realidades actúen de manera conjunta para la consecución de una meta determinada. Llano mantiene que "en el campo del querer, el puro apetito -con toda su fuerzas- es un guía ciego. Me señala una dirección, pero no sé hacia donde indica. Mientras que –poseído por un amor exclusivamente intelectual- yo podría soñar con haber acertado en la elección del objeto, pero entonces carecería del impulso que sólo el deseo confiere"[411].

No se trata de que el deseo preste su fuerza al amor, pues éste ya tiene la suya propia. Más bien le corresponde al deseo detectar en ocasiones aquello que el amor puede considerar como su meta. "Aquello que amamos, claro está que en algún sentido y forma lo deseamos también; pero, en cambio, deseamos notoriamente muchas cosas que no amamos, respecto a las cuales somos indiferentes en el plano sentimental"[412].

---

[409] García López J. Estudios de Metafísica tomista. Pamplona: EUNSA, 1976; 258-259.

[410] Melendo T. El verdadero rostro del amor. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2006; 53-69.

[411] Llano A. Deseo y amor. Madrid: Encuentro, 2013; 58-59.

[412] Ortega y Gasset J. Estudios sobre el amor. Madrid: Espasa, 1984; 66.

Dicho esto, parece que todo hace indicar que el amor[413] propiamente dicho surge del deseo como la culminación o perfeccionamiento de ese anhelo. No obstante, es justo a la inversa. El amor mueve al deseo, porque es una tendencia más comprensiva y radical que mueve y orienta toda la vida afectiva de la persona. "Deseamos lo que amamos, porque no nos basta con la tendencia de la voluntad, sino que ésta arrastra al apetito sensible que busca el contacto corporal, material"[414]. En este mismo sentido, el Aquinate afirma que "el amor precede al deseo"[415].

Y la ausencia del amor nos conduce al dolor y a la angustia[416-417]: "el amor supone la atribución de un valor muy alto a un ser que está separado del sujeto y que no se controla totalmente; no puede haber amor si la reacción está totalmente controlada (…). Cuando el mundo nos daña o nos quita algo que queremos, experimentamos dolor; cuando algo a lo que atribuimos un gran valor es dañado por alguna otra persona, sentimos angustia"[418].

Así pues se vislumbra que el amor constituye la raíz y el motor de toda la vida afectiva. Está en el arranque y en la culminación de todo el dinamismo emocional. Surge de la persona y la compromete de manera global, porque no persigue una meta parcial, sino el bien mismo de quien ama y del valor amado[419]. De este modo, queda evidenciado el carácter intencional y relacional del amor, en cuanto que por sí mismo exige un fin, un objeto, dirigiéndose hacia algo o alguien. "Todo querer apunta a un fin. Y, si tal finalidad es parcial, se referirá a

[413] Pieper J. Las virtudes fundamentales. Madrid: Rialp, 2007; 417-551.

[414] Llano A. Deseo y amor. Madrid: Encuentro, 2013; 64.

[415] Tomás de Aquino. Suma Teológica (Vol. II). Madrid: BAC, 2010; 563-587.

[416] Lewis C S. Los cuatro amores. Madrid: Rialp, 1991; 103-155.

[417] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 145-146.

[418] Nussbaum M. El conocimiento del amor. Madrid: Antonio Machado, 2005; 684.

[419] "Para la plenitud del don no sólo se debe ofrecer, sino también ser recibido". Schmitz K L. The Gift: Creation. Milwaukee: Marquette University Press, 1982; 47.

su vez a otra finalidad ulterior. Y así, hasta pretender llegar a un logro último, a una plenitud existencial"[420].

El amor humano exige correspondencia. Tiende a la unión de las personas por la vía de su don recíproco, ya sea por medio de la amistad, por un amor esponsal, etc. Y es que el auténtico amor es siempre entrega a una persona[421]. "Amar es temer por otro, socorrer su debilidad"[422]. Se trata del don por excelencia, entre cuyas características se encuentra que no exige pago ni réplica. No obstante, reclama reciprocidad en el sentido de llevar a plenitud el don que se entrega. Así pues, dicha relación donal supondrá un enriquecimiento y un crecimiento del ser personal para ambos.

> <<La persona es dueña de sí misma, intransferible e irreemplazable, cuando se trata del concurso de su voluntad y del compromiso de su libertad. Ahora bien, el amor arranca a la persona de esa intangibilidad natural y de esa cualidad de intransferible, porque hace que la persona quiera darse a otra, a la que ama. Desea dejar de pertenecerse exclusivamente, para pertenecer también a otra. Renuncia a ser independiente e intransferible. El amor pasa por esa renuncia, guiado por la convicción profunda de que no supone para él minoración o empobrecimiento, sino, por el contrario, un enriquecimiento y una expansión de la existencia de la persona. Es como una experiencia extática: salir de sí mismo para encontrar en otro un acrecimiento del ser>>[423].

Por último, cabe señalar que el amor no sólo se expande por el campo de la afectividad sino también por el campo de la mente, la razón, la conciencia, así como por la parte apetitiva irracional, hundiendo incluso sus raíces en lo más

[420] Llano A. Deseo y amor. Madrid: Encuentro, 2013; 70-71.

[421] "Amar es cuidar; cuidar es amar". Spaemann R. Felicidad y benevolencia. Madrid: Rialp, 1990; 273.

[422] Lévinas E. Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad. Salamanca: Sígueme, 2006; 266.

[423] Wojtyla K. Amor y responsabilidad. Madrid: Palabra, 2008; 92-159.

instintivo. “Incluso el amor resume en sí toda la escala posible de la afectividad, desde lo más instintivo y biológico, hasta lo más sublime y desinteresado”[424].

Y es que el amor es el mayor y el mejor nexo de unión que puede haber entre dos personas ya que, si hay amor, ambas se respetaran, se cuidarán y buscarán el bien y el confort de la persona amada. Indudablemente, es uno de los elementos característicos que debe darse en la Enfermería y, concretamente, en la Presencia Intencional como forma de relación entre enfermero/a y paciente. Sólo desde el amor puede constituirse una relación sincera y de confianza entre ambos.

6.4. EL YO PERSONAL

Hasta ahora se ha ido analizando al ser humano en sus diferentes realidades, esto es, como cuerpo, libertad, inteligencia, etc. pero ninguna de éstas muestran la esencia de la persona como tal. Aparece sólo de modo oculto, como presupuesto y fundamento, porque, al hablar del cuerpo o de la libertad, lo que en realidad se piensa es : “yo soy corporal”, “yo soy libre”. Ahora bien, ese “yo”, núcleo último que encierra la identidad personal, es lo que cabe considerar en este capítulo.

6.4.1.La conciencia y el inconsciente

Antes de adentrarse a profundizar acerca de los aspectos característicos del yo, cabe tratar la conciencia ya que es ella la realidad a través de la cual es posible entender y expresar adecuadamente el yo[425]. Es importante señalar que la

[424] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 113-115.

[425] “El yo es un descubrimiento tardío del espíritu humano que reflexiona sobre sí y se revela a sí mismo como la idea. La filosofía antigua no sabía todavía de él. Porque fue por el espíritu del cristianismo –que

conciencia aquí no hace referencia a *conciencia moral*[426] (entendiendo ésta como una actividad del intelecto práctico que juzga de lo bueno y de lo malo). Este apartado habla de la conciencia en clave de vivencia, como mundo interior[427], conectando con la subjetividad, con la vida interior de las personas. "La conciencia es la unidad con uno mismo"[428].

6.4.1.1. Las dimensiones de la conciencia

En primer lugar es importante delimitar el significado de la conciencia. En una primera aproximación, ésta se entiende "o bien como lo que de más humano hay en el hombre, o sea, lo *específicamente humano*, o bien como lo más profundo e íntimo que el hombre posee y es"[429]. Otra manera de definirla sería la "propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta"[430]. Así pues, en resumen, se puede afirmar que la conciencia es el conocimiento que el ser humano tiene de su propia existencia, de sus estados y de sus actos. Por así decirlo, "la conciencia es el conocimiento de lo que ha sido constituido y comprendido"[431].

A través de las definiciones dadas anteriormente, se pueden extraer dos dimensiones fundamentales[432]. En primer lugar, el sentido más evidente y más directo es el de *ser consciente*. El ser humano, cuando actúa, es consciente de que está llevando a cabo una determinada acción; no la realiza de manera

---

es tanto como decir por la dimensión religiosa- por lo que por primera vez despertó el hombre a la conciencia de sí". Ebner F. La palabra y las realidades espirituales. Madrid: Caparrós, 1995; 25.

[426] Guardini R. Ética. Madrid: BAC, 2010; 83.

[427] Millán-Puelles A. La estructura de la subjetividad. Madrid: Rialp, 1967; 151.

[428] d'Ors P. Biografía del silencio. Madrid: Siruela, 2012; 35.

[429] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 305.

[430] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=conciencia. (Accedido el 10 de enero de 2015).

[431] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 41.

[432] Buttiglione R. El pensamiento de Karol Wojtyla. Madrid: Encuentro, 1992; 154-168.

irreflexiva, más bien es como poner dicha realidad (acción, experiencia, vivencia) a la luz; la conciencia la ilumina y la persona puede verla y afirmar que, efectivamente, está sucediendo y es consciente de ello. Cabe advertir aquí que la conciencia no conoce las diferentes realidades (esto es tarea de la inteligencia), sino que lo que hace es iluminarlas para que la persona se dé cuenta de lo que está conociendo, experimentando o viviendo. Una persona puede reír o llorar, conocer o querer, gozar o sufrir, pero la conciencia no es la responsable de eso; el cometido de ésta es otorgar a la persona darse cuenta de que está riendo o llorando, de que está conociendo o de que está amando. En definitiva, permite al ser humano ser consciente de su propia vida.

La segunda dimensión de ésta (y a su vez, la de mayor importancia) hace referencia a la constitución del lugar del yo. Lo que se evidencia aquí es que el ser humano es persona, no por el simple hecho de ser consciente de su actividad, sino por algo de mayor trascendencia y que posibilita ese darse cuenta, esto es, por la existencia de un espacio interior[433] en cuyo lugar vive y habita, en el cual afloran los sentimientos y dónde se introducen y se arraigan las propias experiencias. Ese espacio interior "hace referencia al lugar antropológico de la subjetividad y es, por eso mismo, la puerta filosófica del yo, que no puede existir si no es amparada y acogida por la subjetividad"[434].

En resumen, la conciencia presenta dos dimensiones [435] ambas implicadas mutuamente en la existencia real, resultando en numerosas ocasiones difícil de diferenciar: una, por la que el ser humano se da cuenta de sus actos; otra, la más fundamental, por la que los vive interiormente. Un ejemplo sería el padecimiento de una enfermedad: la persona es consciente de que no se encuentra bien física y/o psicológicamente; a su vez, la vive interiormente, con sus inquietudes, sus miedos y su sufrimiento.

[433] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 64.

[434] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 99.

[435] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010, 107.

6.4.1.2. El inconsciente

Una vez descritos aquellos aspectos fundamentales de la conciencia, ésta misma remite, por contraposición, a una categoría que pretende reflejar "las estructuras de tipo psíquico que, formando parte de la persona, no están bajo su control"[436], esto es, el inconsciente. Resulta importante resaltar que "muchos investigadores no consideran, hoy, al inconsciente como aquella región donde se agitan pasiones y censuras represoras, sino como un sistema donde se procesa información sin que nos demos cuenta de ello"[437].

Existe, pues, en el interior de la persona una dimensión de naturaleza psíquica que escapa (al menos parcialmente) al dominio de la conciencia[438]. Pero, ¿cómo se puede tener conciencia de algo que es inconsciente[439-440]? En un primer momento esto puede llevar a confusión y parecer un contrasentido, pero no lo es. Para demostrar la existencia del inconsciente [441] no hace falta recurrir a experiencias especiales. Hay situaciones corrientes en las que se pone fácilmente de manifiesto, esto es, el nacimiento de una idea o la comprensión de un problema. Y es que una idea o la comprensión de algo es, evidentemente, consciente, pero no lo es el proceso interior que las ha producido.

En la actualidad, y desde un punto de vista general, se considera que el inconsciente está formado por tres capas o dimensiones[442-443]:

[436] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 100.

[437] Myers D G. Psicología. Buenos Aires: Panamericana, 1990; 471

[438] Jung C J. Los complejos y el inconsciente. Madrid: Alianza, 1969; 116.

[439] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 206-207.

[440] Maritain J. La intuición creadora en el arte y en la poesía. Madrid: Palabra, 2005; 67.

[441] Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Paidós, 1999; 39-48.

[442] Jung C G. Los complejos y el inconsciente. Madrid: Alianza, 1969; 89-120.

[443] Kaplan H I, Sadock B I. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1992; 356-357.

1. *Subconsciente*. Hace referencia a aquellos aspectos de la realidad de los que el ser humano apenas se da cuenta por estar centrado en otras cuestiones, pero que, volviendo sobre ellos, puede fácilmente identificar. Existen infinidad de procesos que la persona realiza inicialmente de manera plenamente consciente, en el caso del/de la enfermero/a, curar una úlcera determinada por primera vez. No obstante, al prolongarse este cuidado en el tiempo, la psique es capaz de automatizarlo y realizarlo de manera casi mecánica, pudiendo emplear la mente en otras actividades (por ejemplo, en valorar el tamaño de la úlcera, en identificar posible mejoría o empeoramiento de la misma, etc.). Esta dimensión del inconsciente se puede identificar con la de conciencia baja o poco clara y se constituye, en buena parte, por procesos que realiza de manera automatizada.

2. *Preconsciente.* Está constituido por todos los procesos o contenidos psíquicos que, habitualmente, existen de manera inconsciente y que, sólo con un gran esfuerzo o procedimientos sofisticados, se pueden elevar a la conciencia como recuerdos olvidados hace tiempo. Se despiertan por algún acontecimiento imprevisto e intenso, o mediante hipnosis.

3. *Inconsciente profundo*. Lo forma la actividad psíquica de la persona que nunca sale a la superficie y que, por tanto, sólo se conoce de modo muy indirecto.

6.4.2.El yo, núcleo último de la persona

Una vez clarificado el tema de la conciencia (entendiendo ésta como la que abre el camino al yo a través de la subjetividad), cabe ahora adentrarse en ese

espacio interior donde radica el centro de la propia persona, esto es, el yo sustancial, el punto de convergencia[444-445] de la propia vida.

Antes que nada, es importante señalar que el yo no es una especie de entidad autónoma que subsiste por sí misma o un punto aislado en el espacio ontológico, aunque éste posea dos propiedades fundamentales que den lugar a pensar justo lo contrario: por un lado, la *autoconciencia*, dónde el yo se caracteriza por ser consciente de sí mismo, siendo las experiencias, los sucesos y las acciones algo que acontece en el propio yo (y no en el exterior), y toma por ello conciencia de sí y las asume. Por otro lado, la a*utoposesión*, que hace referencia a que el yo personal se posee a sí mismo.

La realidad, sin embargo, permite constatar que un yo "puro", independiente y autónomo, es una abstracción, una mera idea. Lo que existe es el yo[446] de una persona concreta que posee un cuerpo, una mente, unos sentimientos y es libre. Y aunque el yo es, en cierto sentido, toda la persona, también se distinguen las partes de la misma con claridad. "Mis manos son mías, son parte de mi, pero no son mi yo, sino una parte de mi ser situada bajo su influjo"[447]. A partir de aquí, y siguiendo a Jaspers[448-449], cabe indagar en las funciones del yo con respecto al conjunto de la actividad personal:

1. *Fuente de actividad*. El yo es la fuente más radical de actividad de la persona. Y es que es el yo quien actúa y quien decide libremente qué es lo que quiere hacer y qué quiere ser. Por el contrario, cuando el yo duda, la persona también se paraliza.

[444] Aranguren J. Antropología filosófica. Madrid: McGraw-Hill, 2003; 135-138.

[445] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 311.

[446] Castilla Del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets, 2000; 347.

[447] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 103.

[448] Jaspers K. Psicopatología general. México: Fondo de Cultura Económica, 1993; 139-148.

[449] Jaspers K. Filosofía (vol. I). Puerto Rico: Revista de Occidente, 1958; 419-447.

2. *Unicidad*. La persona está formada por diferentes realidades (las manos, los pies, los sentimientos, las acciones, la inteligencia, etc.) y el centro que las unifica es el yo.

3. *Permanencia en el tiempo*. El yo no cambia, es siempre el mismo pese al transcurso del tiempo.

4. *Ser sujeto*. La persona, al tener una actividad unificada y unitaria, y al ser, mediante el yo, dueña de sí misma y responsable de sus acciones, toma conciencia de sí como una entidad diversa del mundo y enfrentada a él.

5. *Personalidad e identidad*. No existe otra persona ni otro yo idéntico al propio. La persona es un ser único por su subjetividad y por las decisiones tomadas acerca de sí.

Dicho esto, es importante señalar que, a partir del punto tres de las funciones del yo con respecto al conjunto de la actividad personal, esto es, la permanencia en el tiempo y el yo, se plantea un problema clave: si las cosas pasan, las acciones desaparecen, el cuerpo envejece, etc. ¿cómo es posible que exista un núcleo inmune a los cambios en los seres humanos? ¿Dónde se localiza ese núcleo? El profesor Burgos [450] clarifica que el yo no es un conjunto particularmente intenso de vivencias, sino mucho más: es su propietario, el lugar en el que existen y en el que tienen sentido. Y es, por ello, una raíz de la subsistencia: las vivencias pasan, pero el yo permanece[451-452].

A partir de aquí, surge el problema de la sustancialidad. Si se afirma que el yo es el propietario de la experiencia de la propia persona, ¿esto hace indicar

[450] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 211.

[451] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 425.

[452] Stefanini L. Personalismo sociale. Roma: Studium, 1979; 46.

que el yo es una sustancia autónoma e independiente, o no? Tal y como afirman los profesores Vicente y Choza hay que darse cuenta que:

> <<La sustancialidad del yo no debe ser entendida tanto como sustrato sino como subsistencia. Como se ha afirmado repetidamente desde la metafísica clásica, el constitutivo formal de la sustancia no es el subyacer, sino el subsistir. Que el ser vivo, en general, y el hombre, en particular, sean sustancias no significaría, pues, tanto que hay un sustrato inalterable como que los seres vivos son subsistentes. Que el ser vivo sea siempre *el mismo* no significa que sea siempre *lo mismo*>>[453].

De este modo, dicha cuestión, aparentemente, queda resuelta al afirmar que la permanencia de la identidad de la persona debe achacarse al yo, que a su vez ésta se funda en su carácter sustancial, entendido no tanto como un sustrato inalterable sino como una realidad capaz de subsistir.

Pero, ¿qué ocurre cuando el yo pierde sus facultades? Una cosa es cierta, y es que el yo, al igual que la conciencia, no son realidades permanentes[454-455], es decir, pueden debilitarse, enfermar, desaparecer. Y el ejemplo donde más claro se vislumbra esta cuestión es en una persona en coma. Si durante el coma el yo no está activado y el sujeto no es consciente de sí, ¿cómo puede ser responsable de su propia subsistencia si él mismo no subsiste?

La respuesta a las diferentes cuestiones planteadas en el párrafo anterior la facilita el profesor Burgos al afirmar que, "aunque el yo es una realidad central para la persona y el principal responsable de su permanencia e identidad, existe todavía una realidad más radical que el yo: *la misma persona.* Cuando el yo se oculta y desaparece, la persona sigue subsistiendo. Cuando pierdo el

[453] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 425.

[454] Singer P. Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra Ética tradicional. Barcelona: Paidós, 1997; 199-206.

[455] Engelhardt H T. Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós, 1995; 358.

conocimiento, cuando duermo, en las fases embrionarias de mi vida o en las terminales cuando puedo perder el dominio sobre mí, sigo siendo una y la misma persona. Y esto significa que la persona es más radical que el yo, que es la realidad radical y última desde un punto de vista antropológico"[456].

Por tanto, el yo sólo tiene sentido en la persona[457]. No es un absoluto que subsiste en sí mismo, sino una propiedad[458] del ser personal por el que éste toma conciencia de sí.

Por último, es importante señalar que el yo es el centro de la persona y el lugar radical de la propia identidad[459]. Específicamente hablando, la identidad hace referencia a lo que el ser humano es en concreto, como persona singular y única. Y ésta pasa por diferentes momentos y etapas a lo largo de la vida: por un lado, existen momentos en los que la identidad personal se encuentra estable y firme; la persona sabe quién es, cómo es y lo que quiere, y cuyo interior se presenta en serenidad, en paz. Sin embargo, en otras ocasiones no es así, y la identidad es cuestionada, aparece la crisis: la persona no sabe quién es o lo que quiere ser. Momentos así se dan ante cambios importantes, esenciales y trascendentales, y hacen al ser humano sacar lo mejor de sí para tomar grandes decisiones.

Ante esto, es importante resaltar que, en el campo de la sanidad, el/la paciente tiene conciencia de sí y decide si puede (y debe también) enfrentarse a situaciones tales como tomar un medicamento, operarse, recibir cuidados, etc. respetando su autonomía y su dignidad ontológica. No obstante, si sufre

[456] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 213-214.

[457] "*Quién* significa: intimidad única, un yo interior irrepetible, consciente de sí. La persona es *un absoluto*, en el sentido de algo *único*, irreductible a cualquier cosa. La palabra *yo* apunta a ese núcleo de carácter irrepetible: yo soy yo, y nadie más es la persona que yo soy". Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 65.

[458] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 108.

[459] Ferrer U. ¿Qué significa ser persona? Madrid: Palabra, 2002; 180.

cualquier circunstancia trágica, ya sea un accidente de coche o una enfermedad agresiva, en las que sus capacidades merman y entra en coma (ya sea a consecuencia del accidente, o inducido a causa del estado avanzado de la enfermedad agresiva), eso no debe dar lugar a que el/la paciente no sea tratado con el mismo respeto y dignidad[460] que antes, cuando era consciente de la situación y de los hechos acaecidos. Por lo tanto, la Enfermería debe ir encaminada en todo momento a preservar y a dignificar los cuidados que presta. Todo ello se debe ver, además, reflejado en la forma de relación por medio de la Presencia Intencional, siempre respetando la autonomía del/de la paciente pero sin olvidar la finalidad de la profesión enfermera, que no es otra que el cuidado, perseverando en éste con constancia y buen hacer.

6.5. LA LIBERTAD

Una de las notas definitorias de la persona es la libertad. Ésta permite al ser humano alcanzar su máxima grandeza, pero también es condición de posibilidad de su mayor degradación. Es, sin duda, el don más valioso ya que es la libertad la que envuelve y define todo el ser y el obrar de la persona. Por ello, es impensable concebir que se pueda ser verdaderamente humano sin ser libre de verdad.

6.5.1. Aproximación al concepto: la persona como ser libre

Antes de ahondar en las cuestiones relacionadas con la libertad, es importante definir el concepto. Para ello, señalar que ésta tiene cuatro grandes

[460] Bellver Capella V. La enfermera y la dignidad del paciente. Rol de Enfermería, 2014; 37: 8-13.

planos, que se superponen y se implican mutuamente[461-462], y suponen la base a través de la cual es posible llegar a desentrañar la esencia de lo que significa.

En primer lugar, cabe advertir que existe una libertad interior a la cual se le denomina *libertad constitutiva* (también llamada *fundamental o transcendental).* Este primer nivel de consideración es el más profundo e indica que la persona es un ser libre, no en el sentido de una mera propiedad de los actos del ser humano, sino recalando en el mismo ser personal. Esto es, la persona es una intimidad libre, un espacio interior que nadie puede poseer si ella misma no quiere, encontrándose dicho espacio a su disposición. Así pues, la libertad constitutiva puede definirse como un *"*poseerse en el origen"[463], siendo la persona dueña de sí misma y, en consecuencia, de sus propias manifestaciones y acciones. De este modo, la única manera de eliminar la libertad fundamental es haciendo desaparecer al mismo ser humano. Y es que éste puede mantener una creencia, un deseo o un amor en el interior del alma, aún sufriendo y padeciendo cautiverio, prisión, coacción, rechazo o castigo. En definitiva, queda patente que la persona tiene un *dentro* que resulta inviolable y, por ello, se considera la libertad constitutiva como raíz de toda actuación libre.

Ahora bien, hay que tener presente que la libertad interior no es un refugio detrás del cual el ser humano puede encontrar aislamiento y clausura de manera indefinida. Es importante vislumbrar y experimentar esta dimensión pero la persona puede dar mucho y está llamado a ello. De este modo, atendiendo a las diferentes características constitutivas de la libertad, la segunda es la *apertura* a todo lo real. "La libertad consiste en la infinita apertura que al ser personal le otorga precisamente su condición de persona, caracterizada por la capacidad de

[461] El desarrollo filosófico de estos cuatro planos se puede encontrar en Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 381-397; Millán-Puelles A. La libre afirmación de nuestro ser. Madrid: Rialp, 1994; 200-206; Melendo T. Las dimensiones de la libertad. Anuario Filosófico, 1993; 27: 583-602.

[462] Millán-Puelles A. El valor de la libertad. Madrid: Rialp, 1995; 148.

[463] Polo L. La esencia del hombre. Pamplona: EUNSA, 2011; 163.

entender y de querer"[464]. Y es que ser libre significa estar abierto y ser capaz de interaccionar con el mundo de una manera ilimitada y casi-infinita en coherencia con la espiritualidad del ser humano: el espíritu es, de manera intencional, todas las cosas, porque todas las puede conocer y querer, pero esto no quiere decir que de hecho el ser humano conozca todas las cosas y las quiera. Decir que la persona es un ser en cierto modo infinito hay que entenderlo en clave de que es susceptible de un enriquecimiento infinito, esto es, siempre puede conocer más cosas y querer más cosas, y más intensamente. Pero esas capacidades no pueden ser nunca totalmente satisfechas puesto que los actos del entendimiento y la voluntad son siempre limitados.

Hecha esta aclaración, cabe advertir que la persona que permanece en su dentro es introvertida, sólo vive la libertad hacia sí mismo, ama ante todo su independencia, no comparte su esfera privada y, en consecuencia, está solo. Así pues, este modo de experimentar la libertad empobrece las posibilidades creativas de ésta y, por lo tanto, empobrece a la propia persona. Por el contrario, cuando se experimenta la libertad como apertura, el ser humano no está atado a unos pocos objetos, más bien tiene una amplitud irrestricta de posibilidades.

El tercer plano hace referencia a la *actividad*. Cabe advertir que querer y obrar no están determinados por factores ajenos a la voluntad[465] (entendiendo ésta como facultad de decidir y ordenar la propia conducta), es decir, el ser humano no se encuentra pre-programado. La persona se va haciendo desde la libertad, tomando sus propias decisiones, eligiendo y obrando en consecuencia. Así es como encuentra su propio camino de autorrealización. "Hace que el ser humano sea la causa de sí mismo en el orden de las operaciones"[466]. Es la propia persona, desde su radical libertad, la que está en sus manos para alcanzar su propia plenitud. Así pues, a través de ella, el ser humano forja su proyecto de

[464] Barrio J M. Los límites de la libertad. Madrid: Rialp, 1999; 15.

[465] Polo L. La esencia del hombre. Pamplona: EUNSA, 2011; 165.

[466] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 409.

vida. Ahora bien, libertad no significa arbitrariedad ni capricho; "es el ejercicio racional de asumir y armonizar los deseos (impulsos, instintos, etc.) de modo que puedan satisfacerse de modo equilibrado y puedan constituir una existencia lograda"[467]. Por tanto, ésta no puede consistir en la pura indeterminación o en la mera posibilidad de elección. La libertad es propiamente la autodeterminación: el ejercicio de ésta consiste en determinarse por sí mismo y desde sí mismo.

Por último, es muy importante advertir que el ser humano no es sólo libertad, un ser desdibujado que ha de empezar de cero. Por ello, el cuarto plano definitorio es lo que se denomina *síntesis pasiva*[468] o *segunda naturaleza*[469]. Y es que la persona convive con todo lo que ya es: su propio cuerpo, los elementos genéticos, cognitivos, afectivos, educacionales que cada ser humano recibe en su nacimiento y en su tradición propia.

> <<La síntesis pasiva es cronológicamente anterior a la libertad, pero cuando ésta se constituye, la asume. Yo no soy libre de tener una determinada constitución biopsicológica, pero sí soy libre de asumirla o no en mi proyecto biográfico>>[470].

Así pues, el ser humano vive desde unas características biológicas y biográficas determinadas y concretas. Por ello, cuenta con una *libertad situada*[471], esto es, es libre desde esas características. De este modo, la síntesis pasiva o segunda naturaleza hay que asumirla, no como una rémora, sino como una riqueza que pone al ser humano en condiciones de formular libremente un determinado proyecto vital. "Es a partir de la naturaleza humana que ha recibido

[467] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 260.

[468] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 123.

[469] Spaemann R. Personas: acerca de la distinción entre "algo" y "alguien". Pamplona: EUNSA, 2010; 192.

[470] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 392.

[471] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 123.

cada persona desde dónde puede hacerse a sí mismo"[472]. Y es que lo que ya es no es un inconveniente sino, precisamente, aquello que posibilita en la práctica el ejercicio de la libertad.

6.5.2.La estructura esencial de la libertad

Karol Wojtyla definió la libertad como "la capacidad que tiene la persona de disponer de sí misma y de decidir su destino a través de sus acciones"[473]. Siguiendo pues esta línea de pensamiento y tras haber examinado aquello que determina dicho concepto, resulta importante hablar y profundizar acerca de la parte de la libertad que otorga al ser humano[474] la capacidad de elegir entre varias opciones que se le pueden presentar en un escenario determinado y que definen su experiencia vital.

En la expresión "yo quiero algo" se anuncia de manera experiencial *la estructura esencial de la libertad*. Y es que, en esta experiencia tan corriente como profunda se concentran todas las dimensiones de la misma. "Si reflexionamos sobre ella, lo primero que salta a la vista es que yo elijo un objeto, un *algo* de los muchos que existen en el mundo. Pero, si no nos detenemos ahí y miramos con más atención, descubrimos que ese *algo* no queda fuera de mí, sino que repercute sobre mi yo y lo modifica. Es más, en realidad, soy yo quien me modifico a mí mismo cuando realizo la acción de querer, cuando pongo en el mundo la acción *yo quiero*"[475]. De este modo, la experiencia "yo quiero algo" muestra que la libertad consta de autodeterminación, elección y decisión.

[472] Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 1998; 183-184.

[473] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 143.

[474] "Fuente de autonomía e inviolabilidad en la posesión del acto de ser". Russo F. La persona umana. Roma: Armando, 2000; 45.

[475] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 86.

6.5.2.1. Autodeterminación

Para entender la autodeterminación[476] es imprescindible previamente vislumbrar una serie de conceptos relacionados y que contribuyen de forma significativa a llegar a la idea que se pretende. En primer lugar cabe hablar de la *autoposesión*. Éste concepto se define como "la capacidad que tiene el ser humano de ser dueño de sí, de manera autónoma e independiente, sin estar radicalmente a disposición de otra persona, sino de sí misma"[477]. Y es que en la medida en que uno es dueño de sí mismo no busca poseer sino sólo comunicarse, dialogar, ver, mirar, tocar, encontrar... Como consecuencia de ello, tras la autoposesión se da el autogobierno (entendiendo éste en sentido estructural y no psicológico). En este sentido, Wojtyla expresa que "sólo las cosas que son posesión del hombre pueden estar determinadas por él; sólo pueden estar determinadas por aquel que las posee. Estando en posesión de sí mismo, el hombre puede autodeterminarse. Al mismo tiempo, la voluntad, todo *yo quiero* auténtico, revela, confirma y realiza la autoposesión, que es adecuada únicamente para la persona: el hecho de que la persona es dueña de sí misma. La autoposesión tiene como consecuencia otra relación, que se da en la misma estructura del hombre en cuanto persona y que está muy estrechamente vinculada con la voluntad. Es la relación de autogobierno, que es indispensable para la comprensión e interpretación de la autodeterminación. (…) El autogobierno es la capacidad del hombre de gobernarse a sí mismo y no sólo de controlarse"[478].

En este sentido, cuando se dan de manera conjunta la autoposesión y el autogobierno tiene lugar una nueva dimensión, *la intimidad*: Es un espacio interior que nadie puede poseer si uno no quiere, y en el cual la persona está, de algún modo, a disposición de sí misma. "Soy independiente, autónomo, puedo entrar dentro de mí, y ahí nadie puede apresarme, ni quitarme la libertad. Se trata

[476] Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 2010; 205-206.

[477] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 86.

[478] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 124-125.

de un espacio interior inviolable, que puede definirse entonces como ser dueño de uno mismo, y, en consecuencia, de las propias manifestaciones y acciones"[479]. En definitiva, la intimidad es *"ese espacio interior que la libertad posibilita en uno mismo"*[480].

Pues bien, es precisamente este dominio de la persona sobre sí misma el que hace posible la dimensión esencial de la libertad, esto es, la autodeterminación. Quien posee es el único que realmente puede decidir acerca de lo que tiene en posesión. Así pues, el ser humano decide sobre sí mismo mediante la voluntad puesto que se posee, "en este decidir sobre sí mismo consiste esencialmente la libertad pero esa decisión se activa en las acciones concretas. Cuando quiero algo, elijo una opción, pero lo que hago fundamentalmente es tomar una decisión sobre mí: ser profesor o periodista, trabajar, descansar, jugar, amar u odiar, son decisiones sobre el mundo pero son, sobre todo, decisiones sobre mí y sobre mi destino"[481]. En este sentido, la voluntad libre se presenta como la capacidad que tiene la persona de autodeterminarse[482] como consecuencia de su autodominio.

Sin embargo, es importante advertir un gran error que se da a la hora de pensar la libertad: ésta no consiste en independencia sino en su contrario, esto es, en dependencia, no en cuanto a los objetos sino de la persona misma. "La persona es libre porque depende de sí misma y depende de sí misma porque se autoposee"[483].

> <<En abstracto, la libertad es independencia, falta de dependencia. Pero, al contrario, la falta de dependencia del *yo* en la dinamización de un sujeto

[479] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 121.

[480] Sellés J F. Antropología para inconformes. Madrid: Rialp, 2011; 539.

[481] Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 88.

[482] Taylor C. Ética de la autenticidad. Barcelona: Paidós, 1994; 84.

[483] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 170.

concreto equivale a la falta de libertad, a la falta de su fundamento real>>[484].

Por último cabe señalar que la capacidad de autodeterminación humana es limitada[485]. La persona no puede rehacerse completamente a su voluntad porque la naturaleza humana no es modificable. Podría objetarse que estos límites no tienen su origen en la libertad, sino en la corporalidad. Sin embargo, cabe subrayar todo lo contrario, es decir, es el medio imprescindible para que ésta pueda expresarse. Por tanto, la libertad del ser humano es autodeterminación posibilitada por su estructura personal y, al mismo tiempo, limitada por ella. Dicho de otro modo, la estructura personal es limitada y constriñe al ser humano a un abanico de posibilidades que no puede traspasar; pero sin esa estructura, la libertad no existiría.

6.5.2.2. Elección

Otro aspecto de la libertad es la elección[486]. La persona tiene conciencia de que puede elegir y de que puede elegir esto o aquello. Estas dos capacidades, de ejercicio y de especificación, integran la capacidad de autodeterminación de la voluntad que se conoce como *libertad de arbitrio*, según la cual se efectúa la *elección*.

Una primera aproximación a esta segunda parte de la estructura esencial de la libertad deja patente algo de suma importancia: la dimensión electiva de la libertad se encamina hacia una realidad concreta, es decir, "es siempre intencional"[487]. Una persona, siempre que elige, elige algo; no tiene sentido una elección sin una realidad determinada. Ahora bien, ninguna realidad

[484] Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 144.

[485] Barrio J M. Los límites de la libertad. Madrid: Rialp, 1999; 16.

[486] Melendo T. Las dimensiones de la persona. Madrid: Palabra, 1999; 59.

[487] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 173.

(por muy elevada o hermosa que sea) obliga a elegirla ni determina[488] al ser humano. Así pues, si la libertad de la autodeterminación consistía en la dependencia de sí; la libertad de la elección, por el contrario, consiste en la independencia del objeto. Ninguna realidad obliga a actuar al ser humano.

Es importante advertir, además, que una elección lleva implícita la causa por la cual el ser humano, libremente, se dirige[489] hacia esa realidad y se apropia de ella de una u otra forma. Y sólo si existe conciencia de que la acción tiene su origen en el propio interior de la persona se puede afirmar que lo que ahí se está produciendo es una acción libre. En este sentido, siendo esta la realidad, no cabe otra manera de entender la libertad que no sea como "una propiedad de la voluntad en virtud de la cual ésta se autodetermina hacia algo que la inteligencia le presenta como bueno"[490]. De esta manera, se entiende que la libertad, más que la mera capacidad de elegir, es la capacidad de autodeterminarse al bien.

Ahora bien, toda causa tiene su efecto; por ello el reverso de la causalidad es la responsabilidad. La persona es responsable de sus acciones por el simple hecho de que son suyas, porque es él el que las pone en la existencia. Por tanto, se constata que no existe ninguna brecha ni separación entre libertad y responsabilidad. "Ser libre es hacer surgir acciones a partir del yo, y ser responsable es constatar que esas acciones han surgido de mi interior, es decir, que son mías"[491]. Es en este punto donde la ética juega un papel decisivo.

[488] Juan Pablo II. Carta Encíclica Veritatis Splendor. Madrid: Palabra, 1993; 69-71.

[489] "Mientras se delibera, circulan por la mente los proyectos, ya sean pocos o muchos, y tratamos de sopesar en cada uno sus respectivos inconvenientes y ventajas. La decisión es el corte de esta rotación mental de posibilidades. Me decido en el momento en que opto por una de las posibilidades debatidas". Llano A. El futuro de la libertad. Pamplona: EUNSA, 1985; 78.

[490] Barrio J M. Los límites de la libertad. Madrid: Rialp, 1999; 18.

[491] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 174.

No obstante, a partir de aquí, surge una corriente de pensamiento que afirma que la libertad de arbitrio no es real, sino aparente. Según esta doctrina, el determinismo[492], las elecciones del ser humano están previamente determinadas por motivaciones que él mismo ignora pero que son las auténticas causas de su comportamiento. "El determinismo consiste en postular una primacía del objeto sobre el hombre"[493]. De este modo, la persona estaría determinada por el motivo de elección y, por tanto, no sería libre. La libertad, entonces, sería mera apariencia, un autoengaño sin base real, impulsado todo ello por la síntesis pasiva: el código genético, las frustraciones psicológicas, el subconsciente, la clase social, los sistemas de condicionamiento debidos al aprendizaje infantil, los impulsos del placer, etc. Este planteamiento responde a una explicación materialista del ser humano.

Ahora bien, es evidente que la síntesis pasiva condiciona nuestra libertad de elección. Pero una cosa es *condicionar* y otra *suprimir*. "El determinismo acierta en un hecho accidental, el condicionamiento de la voluntad, pero se equivoca en lo esencial al no darse cuenta de lo más importante, que la *acción voluntaria libre* procede de la persona porque ella la origina y la *causa*"[494]. En definitiva, lo que queda claro de todo ello es que las circusntancias pueden inclinar la voluntad en un determinado sentido, pero no anulan la libertad[495].

[492] Pérez Herranz F M. ¿Podemos cambiar? Determinismo y libre albedrio. Eikasia, 2007; 13: 1-28.

[493] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 174.

[494] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 176.

[495] Gonzalo Sanz L M. Entre la libertad y determinismo. Madrid: Cristiandad, 2007; 76-82.

6.5.2.3. Decisión

La autodeterminación y la elección no se dan de forma separada, no existen como acciones aisladas. Ambas son partes necesarias de un único momento o acción y se denomina *decisión*[496].

En este sentido, cuando una persona decide llevar a cabo una determinada acción:

1. Elije una opción posible entre muchas otras (elección, dimensión intencional).

2. Al elegir dispone de sí misma en relación a esa opción concreta y se autodetermina en una dirección.

De aquí es posible extraer un hecho esencial, y es que el ser humano decide sobre sí mismo decidiendo sobre el objeto. Del mismo modo sucede en decisiones más trascendentales.

Cabe mencionar que la autodeterminación se da porque el ser humano puede decidir libremente, es decir, porque la voluntad es independiente de los objetos. Si la voluntad dependiera totalmente del objeto intencional el ser humano no podría ejercitar su autodominio. A su vez, la independencia de los objetos del querer es posible gracias al autogobierno. Una persona no depende necesariamente de ningún objeto porque depende fundamentalmente de sí. Al poseerse a sí mismo no es poseído por nada, no depende radicalmente de nada, es independiente y, por eso, puede elegir aquello que decida.

[496] Thompson I, Melia K, Boyd K. Nursing Ethics. UK: Churchill Livingstone, 1994; 169-192.

6.5.3.La autorrealización de la persona a través de su libertad

El ser humano es un ser intrínsecamente perfectible, es decir, va construyéndose a lo largo de su vida. Si eso es posible es por el carácter abierto de la persona: sus posibilidades son en cierto sentido ilimitadas, y éstas se van concretando a golpe de elección. A partir de aquí, es posible asumir que la más bella de las obras que le ha sido encomendada al ser humano es su propia historia. Y ello se da porque la voluntad siempre tiene como objetivo el bien. "Vivir bien y obrar bien es lo mismo que ser feliz"[497].

Así pues, el bien cumple una función esencial en la ética, el de mostrar que existe un orden objetivo al que la persona se tiene que adaptar para poder perfeccionarse y actuar correctamente[498]. Pero esta manera de experimentar el bien, aunque perfectamente correcta, produce rechazo e incomprensión en la gran mayoría de las personas ya que, tal concepción, hace que el carácter objetivo y universal de ésta se vea extremado. Todo ello se da por dos razones significativas. En primer lugar, porque se deja poco espacio explicito a la libertad. Y es que, de algún modo, todo hace indicar que existe un bien que perfecciona a la persona independientemente de quien sea esa persona concreta y su proyecto vital. Por otro lado, el bien puede aparecer como algo que se impone desde fuera, como algo que la persona tiene que aceptar y asimilar, le guste o no, pero que no surge de su interior ni le involucra vital y afectivamente.

A partir de aquí, cabe resaltar que para alcanzar libremente cualquier bien es necesario el amor. El amor[499-500] determina la voluntad de la persona hacia el bien que ha elegido previamente. Toda elección viene precedida de unas preferencias libremente asumidas de modo jerárquico, y se denominan *valores*.

[497] Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Alianza, 2004; 25-27.

[498] Llano A. El futuro de la libertad. Pamplona: EUNSA, 1985; 116.

[499] Wojtyla K. Amor y responsabilidad. Madrid: Palabra, 2008; 166-170.

[500] Melendo T. El verdadero rostro del amor. Madrid: Internacionales Universitarias, 2006; 22.

Esa jerarquía constituye "un orden en el amor"[501] que determinará el obrar de la persona. El valor se precisa como "un bien específico en cuanto asumido por una persona determinada en su universo vital y afectivo" [502]. A partir de esta definición se pueden extraer los siguientes puntos:

1. Los valores son bienes específicos que tienen una relación directa con la vida de las personas: la familia, la educación, la seguridad, el amor, la belleza, la ecología, etc.

2. Están asumidos por la persona que considera que le benefician y constituyen algo valioso para su existencia.

3. Son criterios de acción. El ser humano se mueve y se esfuerza para conseguir los valores que considera relevantes para su vida.

4. Varían de persona a persona. No todas las personas tienen los mismos gustos ni desean las mismas cosas ni tienen la misma cultura. Cada persona se construye el universo de sus valores teniendo en cuenta muchos parámetros: la educación recibida, lo que está vigente en la sociedad, las experiencias personales, etc.

Así pues, la visión excesivamente objetiva del bien queda paliada con los valores: éstos están abiertos a la libertad e implican personalmente al sujeto. Ahora bien, si no se llegan a entender bien los valores pueden conducir a equívocos, incurriendo así en el subjetivismo y el relativismo. Y nada más lejos de la realidad: "Los valores son *relacionales* pero *no meramente relativos*. Un valor[503] es relativo al hombre si este decide lo que es valioso o anodino. Un valor

[501] Agustín de Hipona. La Ciudad de Dios. Madrid: BAC, 2009; 732.

[502] Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 89-97.

[503] López Aranguren J L. Ética. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003; 155-159.

es relacional si su modo de ser consiste en impulsar la acción del hombre hacia una meta elevada."[504] De este modo, se vislumbra que *bien* y *valor*[505] son dos nociones que se complementan, fijando ambas una mismo objetivo: impulsar a la persona en la consecución de la felicidad.

Lo que a partir de aquí se observa es que "cada uno de nosotros se hace por propia decisión… y somos en cierta forma nuestros propios padres, puesto que nos hacemos a nosotros tal cual deseamos."[506] Es evidente que lo que la persona es al nacer y lo que recibe del ambiente, además de su proyecto de vida configuran y determina el punto de referencia en la toma de decisiones. Sin embargo, asumiendo todo ello, es importante remarcar que elegir significa apostar, correr un riesgo. Nadie asegura que las elecciones que se han de tomar sean adecuadas o correctas, o que lleven de hecho a la meta prefijada. Es cierto que el despliegue existencial de la libertad está siempre ligado a la felicidad o a la frustración en la medida en que el ser humano se acerca o se aleja de su proyecto de vida. Pero eso no es excusa para no experimentar la libertad. Y es que la única condición necesaria para vivir la vida es "gastarla", ya que ésta sólo se posee cuando se entrega a una causa, a una persona, etc. La libertad está para arriesgar con ella, para entregarse a algo o a alguien con todas las fuerzas y definitivamente.

Cabe señalar además que, implícitamente, cuando una persona lleva a cabo una acción, se le puede plantear el dilema de elegir entre el bien y el mal. Esa decisión, por el carácter autorreferencial de la libertad, no sólo recae sobre la acción misma sino también sobre el propio sujeto. Y es que se modifica su ser moral a través de acciones concretas. Si, además, se da de continuo en el tiempo

[504] López Quintás A. Inteligencia creativa. Madrid: BAC, 2002; 453.

[505] "Los valores morales son los más elevados de todos los valores naturales. La bondad, la pureza, la veracidad, la humildad del hombre están por encima de la genialidad, la brillantez, la vitalidad exuberante, por encima de la belleza natural o artística, y por encima también de la estabilidad y del poder de un estado". Hildebrand D. Actitudes morales fundamentales. Madrid: Palabra, 2003; 17.

[506] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 177.

la persona se determina de manera estable, desarrollando así lo que se denomina *virtudes* (hábitos operativos buenos) o *vicios* (hábitos operativos malos). Una persona que actúa mal de manera habitual acaba disminuyendo el control de sí misma y siendo "esclava" de aquello que desea. Por el contrario, si una persona actúa bien de continuo, ésta desarrolla y perfecciona su propia libertad, hasta conseguir aproximarse a la perfección (éticamente hablando).

En este sentido, la libertad esta presente en el actuar de los/las profesionales de Enfermería ya que deciden el plan de cuidados que van a ofrecer; si contribuyen a la aplicación de procedimientos en contra de la persona (encarnizamiento terapéutico, eutanasia, aborto, etc.) o no; si deciden implicarse con su paciente por medio de la Presencia Intencional o, por el contrario, deciden sólo atenderlo de manera técnica, deshumanizando la profesión, etc. En este sentido, las decisiones que toman constantemente los/las enfermeros/as van determinándolos/as profesional y personalmente. Por ello, es fundamental que, además de no estar coaccionados por el entorno, estén bien informados/as de todas las técnicas, procedimientos, actuaciones, etc. ya que una decisión bien tomada les producirá paz y será beneficiosa para el/la paciente. Por el contrario, cuando un/a profesional asistencial asume una decisión sin responsabilidad, sin toda la información disponible, etc. puede caer en el error de equivocarse, llegando a producirse en el/la enfermero/a sentimiento de culpabilidad.

6.6. LA COMUNICACIÓN

La comunicación es un elemento fundamental para poder desarrollar de manera óptima la Presencia Intencional. Cabe señalar que, en innumerables ocasiones, la comunicación es entendida parcialmente por el hecho de que sólo se le atribuye el habla. Sin embargo, no es necesario emplear palabras para expresar aquello que se quiere transmitir. Es ahí donde entran en juego otros elementos de la comunicación, tales como gestos, caricias, música, etc. En definitiva, la

comunicación humana es dinámica y compleja, por lo cual resulta de gran interés adentrarse en ella para poder vislumbrar cómo repercute en la Presencia Intencional.

6.6.1. Aproximación al concepto: la persona como ser comunicativo

En primer lugar, es importante encontrar y delimitar el significado de *comunicación*. Se puede definir dicho concepto como la "transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor"[507]. También es posible afirmar que "comunicación es todo proceso de interacción social por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Incluye todo proceso en el que la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano. Puede ser verbal, o no verbal, interindividual o intergrupal"[508]. Queda claro entonces que la comunicación[509] es un proceso por el cual un emisor (persona que quiere comunicarse con otra), le envía un mensaje a un receptor (que es la que escucha), pudiendo encontrarse ambos distantes en el espacio y/o el tiempo, para transmitir una determinada información. En ese diálogo[510-511-512] se trasladan sentimientos, opiniones o cualquier otro tipo de información mediante el habla, la escritura u otro tipo de señal (música, colores, etc.). A su vez, intervienen una serie de elementos que forman parte de dicho intercambio: el código (sistema de signos y reglas, ordenadas de antemano para que el receptor del mensaje lo entienda. Un ejemplo claro es el código que utilizan los marinos para poder comunicarse; la gramática de algún idioma; los algoritmos en la informática) y un canal (que es el medio físico por donde se transmiten las señales. Por ejemplo, el aire, en el caso

[507] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=comunicación. (Accedido el 15 de marzo de 2015).

[508] Lomonosov B F. El problema de la comunicación en Psicología. La Habana: Ciencias Sociales, 1989; 89.

[509] Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1993; 23.

[510] Vaamonde L M. Técnicas de comunicación hoy. Madrid: MacGraw-Hill, 1993; 58.

[511] Francois F. El lenguaje, la comunicación. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973; 35-49.

[512] Bel Mallén J A. Comunicar para crear valor. Pamplona: EUNSA, 2004; 67.

de la voz; el hilo telefónico, en el caso de una conversación telefónica). Además, el contexto situacional también ha de tenerse en cuenta ya que será el que dará el significado final a dicho mensaje.

De esta manera, una vez expuestos los elementos que intervienen en la comunicación y el modo en que se dan, es posible vislumbrar que la comunicación humana se desarrolla a dos niveles: *comunicación verbal* y *comunicación no verbal*. La primera de ellas hace referencia a las palabras y la escritura. Tiene la función de servir de vehículo a los contenidos explícitos del mensaje. En cambio, la comunicación no verbal es la que se produce a través del movimiento corporal, las expresiones faciales, la mirada y el movimiento de las manos, principalmente. Son los mensajes que se envían a través del cuerpo y son muy difíciles de ocultar. "Los expertos en comunicación humana consideran que entre el 70% y el 80% de la comunicación es no verbal y que solemos dar más importancia a lo no verbal que a lo verbal, así por ejemplo, si le estoy diciendo a una persona que la quiero mucho, pero ella detecta a nivel no verbal que no es así, le dará más credibilidad a lo que percibe a nivel no verbal que a mis palabras"[513].

Conviene, además, tener en consideración una de las propiedades que describe Watzlawick[514], que no es posible la no comunicación, es decir, siempre estamos en constante intercambio de información, incluso cuando estamos en silencio. Y es que una persona, aun sin hablar, cabizbaja y pensativa, está comunicando[515-516] preocupación, miedo, inquietud, etc. y quizás ese sea su modo de pedir ayuda y afecto, ante una situación nueva y desconocida. Por ello es importante el estudio de la comunicación no verbal en la Enfermería pues, ante

[513] Cabodevilla I. Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014; 72.

[514] Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1993; 58.

[515] Devers T. Aprender a comunicarse mejor. Expresión no verbal, actitudes y comportamientos. Buenos Aires: Grijalbo, 1990; 99-110.

[516] Descamps M A. El lenguaje del cuerpo y la comunicación corporal. Bilbao: Deusto, 1992; 42-56.

un problema o situación de enfermedad, no todos/as los/las pacientes son capaces de explicar lo que les sucede física y psicológicamente de manera verbal y, en innumerables ocasiones, son los gestos, las miradas y los movimientos corporales los que indican cómo se encuentran. En este sentido, es fundamental que los/las enfermeros/as desarrollen y potencien la observación ya que, de ese modo, podrán percibir lo que sus pacientes están comunicando sin necesidad del habla, podrán planificar correctamente los cuidados y podrán atender adecuadamente sus necesidades.

A su vez, es importante señalar que el uso del lenguaje también contribuye de igual manera en la relación con el/la paciente. En efecto, éste tiene una radical importancia en la vida humana ya que no es un mero instrumento que la persona puede tomar y dejar cuando considere oportuno (como si de una herramienta, por ejemplo, se tratara). Más bien es una realidad que se identifica con el propio ser personal, que lo modifica y en la cual vive. El lenguaje influye a la persona, determina su modo de ver el mundo y su pensamiento, modula las relaciones con los demás seres humanos y consigo mismo, además de tener una cierta vida propia e independiente. No obstante, las personas que sufren alguna incapacitad relacionada con el lenguaje, en muchas ocasiones, no pueden utilizar los medios habituales para informar sus necesidades, esto es, mediante el habla y/o la escritura. Por ello, establecen la comunicación por otras vías tales como las visuales (lenguaje de sordomudos o de banderas, señales de circulación, fotografías, dibujos, gestos, etc.) y las táctiles (presiones con la mano o con el pie, lectura de los ciegos mediante el sistema Braille, etc.).

6.6.2.Características del lenguaje

Antes de profundizar en las características propias del lenguaje cabe enmarcar y definir el concepto. Éste se entiende como “un sistema representativo de signos dotado de significación, que constituyen una forma de comunicación

específica de los seres humanos"[517]. También se define como "un método exclusivamente humano, no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada"[518]. Dicho esto, cabe destacar que el tipo de lenguaje más utilizado por las personas es el habla. Por medio de la voz es posible dirigirse a una persona o a un objeto distante. Y es que, gracias a éste, los sonidos dejan de ser sonidos para convertirse en fonemas. "El lenguaje es la producción de fonemas creada al hablar que tiene lugar en la comunidad humana"[519].

Una vez analizado y definido el lenguaje, cabe ahora resaltar las características del mismo. Para ello, el profesor Burgos[520] especifica:

1. *Productividad y creatividad*. El lenguaje humano es un sistema abierto que puede producir potencialmente un número infinito de palabras y construcciones, algunas de ellas totalmente originales. "Solo el lenguaje no conoce finalidad conceptual o proyectiva. Somos libres para decir cualquier cosa, sobre todo o sobre nada"[521].

2. *Estructura dual*. Todos los lenguajes humanos están organizados al menos en dos niveles. Por ejemplo, al decir "mañana es posible que llueva" se puede observar que esta oración está formada por cinco palabras cada una de las cuales tiene un significado (formada también por 24 letras/unidades fonológicas, y que no tienen en sí ningún significado). Es esta doble estructura la que permite que el lenguaje humano tenga una potencialidad infinita puesto que con un pequeño número de sonidos no significativos se pueden componer un número

[517] Díaz Aguilar P, Mézcua Navarro S, Canales Molina J, Romero García P J. Manual CTO de Enfermería. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana, 2007; 256.

[518] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 40.

[519] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 239.

[520] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 240-241.

[521] Steiner G. Presencias reales. Barcelona: Destino, 1991; 72.

indefinido de palabras y un número también indefinido de combinaciones y, por tanto, de significados.

3. *Referencia simbólica convencional.* La mayor parte de las palabras tienen una relación convencional con lo que significan. Al objeto "silla", por ejemplo, en vez de denominarlo "silla" se le podría haber llamado de cualquier otra manera y así sucede de hecho en otros idiomas. Esto contribuye también a la productividad del lenguaje puesto que, si cada palabra tuviera que tener una relación directa con lo que significa se limitaría notablemente su número.

4. *Desplazamiento.* Las personas pueden hablar de sucesos u objetos remotos en el tiempo y en el espacio.

5. *Formación y transmisión cultural*. El lenguaje humano se forma y se transmite de generación en generación, hasta el punto de que sólo tiene sentido como tarea colectiva. En cierto modo, el lenguaje se configura como una realidad externa al hombre individual, que le precede y en la cual se introduce cuando nace y adquiere poco a poco a lo largo de años mediante un complejo proceso de aprendizaje.

6.6.3.Relación entre pensamiento y lenguaje

El lenguaje humano ha sido objeto de una progresiva y creciente atención por parte de los estudios científicos. La ciencia actual tiende a ver al ser humano como "un ente que habla"[522], con una tendencia a unir pensamiento y lenguaje[523] y a estudiar las funciones intelectuales humanas desde esta relación, provocando

[522] Heidegger M. Ser y tiempo. México: FCE, 1989; 184.

[523] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 261.

la aparición y desarrollo de disciplinas muy diferentes (lingüística, psicología cognitiva, filosofía de la mente, etc.).

A partir de aquí, surge la pregunta: ¿Cómo se relacionan adecuadamente estos dos fenómenos específicamente humanos? ¿Qué es anterior: el lenguaje o el pensamiento? Aunque a estas preguntas ha habido respuestas muy diversas, lo cierto es que hoy es posible afirmar que son dos realidades interdependientes: "sin pensamiento no hay lenguaje, y sin lenguaje no se desarrolla el pensamiento"[524].

> <<La inteligencia es superior y primaria con respecto al lenguaje pero este influye de una manera muy notable en la estructura intelectual de las personas. (…) Nos introducimos en el mundo a través de un lenguaje que actúa como *un filtro de acceso a la realidad*. Una lengua culta y rica obliga a la inteligencia a un desarrollo sofisticado; una lengua esencial y arcaica obtura en cierta medida sus resortes. Las palabras son como la maquinaria de nuestro pensamiento (…). Si no logro objetivar mi conocimiento en palabras, mi mente se retrasará o se detendrá porque, si bien los conceptos proceden inicialmente de las cosas y se formulan en palabras, también sucede el proceso inverso: las palabras me ayudan a establecer los conceptos, a delimitar sus contornos y a establecer su fisonomía, y las frases y el lenguaje me obligan a determinar las relaciones que existen entre ellos>>[525].

Y es que el lenguaje es vehículo y expresión del pensamiento; lo manifiesta y lo comunica puesto que lo tiene incorporado dentro de sí. Por su parte, la presencia de la razón y del conocimiento empujan a las personas a entenderse y son el fundamento de la posibilidad del lenguaje y de la vida social. "Entender el significado de una palabra es conocer. El significado comprendido

[524] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 92.

[525] Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 245-246.

de una palabra es conocimiento."[526] "Comprender una palabra es saber qué significa, y saber qué significa es saber usarla."[527]

6.6.4.El lenguaje como apertura al mundo

Una vez descritas las características propias del lenguaje humano y tras haber estudiado la relación que existe entre pensamiento y lenguaje, es importante resaltar la función que ejerce éste último como apertura al mundo.

Aunque podemos disponer del lenguaje con el objetivo de comunicar las experiencias, decisiones, estados de ánimo, etc. la realidad acerca del mismo es mucho más amplia ya que "el ser del lenguaje no se agota en ser un medio de entendimiento. Con esta determinación no se toca su auténtico ser, sino que meramente se menciona una consecuencia de su ser"[528].

En efecto, el lenguaje rompe el sistema dual no sólo de estímulo-respuesta, sino también de hombre-mundo, sujeto-objeto, porque el lenguaje no es un instrumento o medio que el ser humano interponga entre él y el mundo, sino que "el lenguaje mismo configura el mundo, nos abre el mundo, determina nuestra percepción, experiencia, visión del mundo, nuestra reacción a los estímulos: nos permite leer el mundo, nos lo hace accesible, perceptible y comprensible"[529]. En definitiva, el hombre es un ser lingüístico, no sólo porque usa el lenguaje, sino porque él mismo es constituido lingüísticamente, pues el lenguaje es lo que otorga la posibilidad de estar abierto al ser.

Sin embargo, esta importancia del lenguaje delata también su peligrosidad ya que, si bien es cierto que el lenguaje comunica, también enmascara, desfigura,

[526] Gibson E. Elementos de Filosofía cristiana. Madrid: Rialp, 1970; 286.

[527] Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 274.

[528] Heidegger M. Interpretaciones sobre la poesía de Hölderlin. Barcelona: Ariel, 1983; 58.

[529] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 134.

oculta información y la propia realidad. "El lenguaje nos inserta en el mundo, esto es: la órbita siempre transformada de decisión y trabajo, de acción y responsabilidad, pero también de arbitrariedad y estrépito, de caída y extravío"[530].

En definitiva, el lenguaje constituye a la persona tanto en sentido personal, como social e histórico. "El hombre es aquel ser lingüístico que plasma su identidad en el transcurso de la historia mediante diversas formas expresivas"[531]. "Nosotros, los hombres, somos una conversación. El ser del hombre se funda en el lenguaje, pero éste sólo tiene lugar propiamente en la conversación"[532]. Sin duda, es a través de éste que las personas se comunican[533-534], es decir, transmiten experiencias, conocimientos y sentimientos, toman decisiones y emprenden acciones. Ahora bien, escuchar lo que una persona comunica es requisito indispensable en una conversación, de lo contrario cualquier diálogo está abocado al fracaso. En la Enfermería, la escucha activa no es sólo una técnica, es además una actitud. Por medio de ésta, en un clima de intimidad y confianza, los/las enfermeros/as centran toda la atención en aquello que el/la paciente quiere transmitir. De este modo, los/las profesionales asistenciales pueden llegar a detectar y descubrir lo que le aflige y le preocupa.

Sin embargo, el lenguaje no hace sociable al ser humano exclusivamente por crear comunicación, por facilitar el intercambio de opiniones e información, de saberes y conocimiento, y por contribuir a formar la opinión pública que contribuye a la cohesión. Es mucho más que eso: una persona es sociable porque gracias a la palabra es capaz de hacer distinciones morales básicas entre el bien y el mal, entre lo que es justo e injusto, y no sólo entre placer y desagrado. Esto permite participar a las personas comunitariamente, creando comunidad, puesto

[530] Heidegger M. Interpretaciones sobre la poesía de Hölderlin. Barcelona: Ariel, 1983; 58-60.

[531] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 139.

[532] Heidegger M. Interpretaciones sobre la poesía de Hölderlin. Barcelona: Ariel, 1983; 59.

[533] Descamps M A. El lenguaje del cuerpo y la comunicación corporal. Bilbao: Deusto, 1992; 87.

[534] Bel Mallén J A. Comunicar para crear valor. Pamplona: EUNSA, 2004; 115.

que hace posible compartir las mismas apreciaciones morales. A partir de ahí aparece la función propiamente socializadora o comunicativa del lenguaje. "La participación comunitaria en éstas (apreciaciones morales) funda la casa familiar y la ciudad"[535].

> <<La voz es una indicación del dolor y del placer; por eso la tienen también los otros animales (…) En cambio, la palabra existe para manifestar lo conveniente y lo dañino, así como lo justo y lo injusto. Y esto es lo propio de los humanos frente a los demás animales: poseer, de modo exclusivo, el sentido de lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, y las demás apreciaciones>>[536].

Por tanto, por medio del lenguaje, el/la paciente es capaz de comunicar y de expresar lo que le ocurre, física y emocionalmente. A través de éste el sujeto doliente puede solicitar ayuda y compañía. Del mismo modo, el/la profesional enfermero/a, por medio de la escucha activa y de una observación eficaz, puede vislumbrar las necesidades y las dolencias del sujeto doliente. En definitiva, cabe señalar que la comunicación es un elemento indispensable para que pueda darse la Presencia Intencional.

6.7. LA SOCIABILIDAD

Que el ser humano es social por naturaleza es algo manifiesto y ha sido puesto de relieve desde muy antiguo. La vida de una persona fuera de una sociedad, la que sea, no tiene sentido ni es pensable más que como caso excepcional o extremo. Y es que las relaciones interpersonales no son un accidente añadido, del que se pueda prescindir. Entender esto es entender a la persona: su ser es *ser-con-otros*, con el mundo. "El ser del hombre es coexistir"[537].

[535] Aristóteles. Política. Madrid: Mestas, 2004; 49-52.

[536] Aristóteles. Política. Madrid: Mestas, 2004; 49-52.

[537] Polo L. Presente y futuro del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 157-164.

6.7.1.Aproximación al concepto: la persona como ser social

En primer lugar, es importante aclarar el concepto[538]. El término *sociedad* alude fundamentalmente a "la agrupación natural o pactada de personas, que constituyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida"[539]. También se define como "una asociación libre de individuos que se unen para conseguir algún fin"[540].

Así pues, decir que el ser humano necesita vivir de manera comunitaria o social es una afirmación innegable: la familia, el grupo de amigos, la empresa, el equipo, el barrio, la ciudad, la nación, el Estado, etc. La persona crea comunidad no sólo para satisfacer sus necesidades, no sólo para agruparse, sino para ser él mismo, para ser libre, para realizar su libertad, para afirmar su individualidad y su autonomía.

Teniendo en cuanta dichas consideraciones, sería un error no asumir que el estudio del ser humano en relación a la Presencia Intencional quedaría incompleto y deformado sin una referencia explícita a la vida social, porque la persona mediante su conocimiento y amor no sólo se abre al mundo, sino también, y principalmente, a los demás sujetos, con los cuales aprende a vivir una vida verdaderamente humana. Y es que la persona no es una abstracción temporal ni espacial, puesto que su personalidad se desarrolla en un escenario histórico[541] determinado; el desarrollo personal tampoco es una tarea aislada de un individuo frente a su entorno. Incluso su propio origen viene dado por la relación amorosa entre dos personas.

[538] Thompson I, Melia K, Boyd K. Nursing Ethics. UK: Churchill Livingstone, 1994; 151-167.

[539] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=sociedad. (Accedido el 6 de abril de 2015).

[540] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 145.

[541] García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 168.

> <<Sólo el hombre está abiertamente orientado hacia el entorno humano. De su comunidad surge el individuo y en ella crece de forma humana. Aprende el lenguaje de esa comunidad, adopta sus costumbres y participa de su espíritu y cultura. Todo esto marca de forma decisiva a la existencia humana individual (…) A través de todo esto se configura también aquello que nosotros experimentamos como nuestra vida propia y personal, es decir, nuestra vida íntima, y que designamos como vida espiritual. Esa vida está esencialmente condicionada por nuestro mundo (…) Lo que yo soy, lo que experimento y entiendo como yo mismo, es el resultado de un constante intercambio entre yo y mi mundo>>[542].

Que el hombre sea esencialmente con otros quiere decir que los demás, de alguna manera, determinan y configuran el propio ser personal[543], y esto se da en las diferentes facetas en que se desarrolla la vida: biológica, psíquica, teórica, práctica, creencias y convicciones, actitudes y sentimientos, expresiones, producción de bienes, aceptación de un sistema de normas, conducta, valoraciones, etc. Y es que el ser de cada uno no termina en los límites de la piel, sino que se prolonga en el ser-con-los demás[544], en las relaciones múltiples con las demás personas. En palabras de Zubiri, "el hombre ejecuta los actos de su vida con las cosas, con los demás hombres y consigo mismo. Este "con" (*con* las cosas, *con* los demás hombres, *con*-migo mismo) no es un añadido, una relación extrínseca que se añade al hombre en el ejercicio de su vida. Esto sería absolutamente quimérico. Es algo mucho más radical. El "con" es un momento formal de la misma vida, y por tanto de la sustantividad humana en su dinamismo vital. De la misma manera que la respectividad no es un añadido relacional a cada una de las cosas que están en respectividad, sino que es la estructura interna, intrínseca y formal de cada una de las sustantividades,

[542] Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 84.

[543] Stein E. La estructura de la persona humana. Madrid: BAC, 1998; 246-273.

[544] Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 2009; 110.

análogamente el momento "con" es un momento intrínseco y formal a la estructura de la vida, y por tanto del dinamismo humano en cuanto tal"[545].

6.7.2.Comunidad y comunión

A raíz de lo dicho anteriormente, se distinguen dos formas en que el ser humano está abierto al mundo: la comunidad[546] y la comunión.

Por un lado, la primera manera de estar vertidos a los demás es la que se refiere a los otros seres humanos en tanto que son otros. Hace referencia a una alteridad meramente plural. A esto Zubiri lo denomina *comunidad*[547]. Castilla añade que "esa comunidad empieza por ser una comunidad mía. Después aparece una pluralidad en la que queda neutralizado mi propio carácter central: soy un "ego" como los demás y los demás como yo; se adquiere a una el carácter de individualidad del "ego" y el carácter de colectividad de los demás. Sólo dentro de esa colectividad es posible una relación interindividual"[548].

En efecto, la persona convive con los demás y se agrupa socialmente, y de ellos recibe ayuda, educación, convivencia social y compañía. Esto es la *comunidad*. No obstante, dentro de la misma, los individuos se organizan, se compenetran, buscan aficiones, intereses compartidos, proximidad, relaciones, vínculos afectivos, etc. y dejan de ser una mera comunidad para dar lugar a una *comunión de personas*, siendo ejemplos representativos de ésta la familia y la amistad. El conjunto de estas dos realidades, la comunidad y la comunión, es "lo que de una manera integral puede y debe llamarse la sociedad humana"[549].

[545] Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza, 2006; 225.

[546] Mounier E. Mounier en Esprit. Madrid: Caparrós, 1997; 37-51.

[547] Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza, 2006; 236.

[548] Castilla B. Persona femenina Persona masculina. Madrid: Rialp, 2004, 49.

[549] Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza, 2007; 270.

6.7.3.Las relaciones sociales

Tras lo expuesto anteriormente, cabe ahora describir las tres clases de relaciones[550] que, en principio, pueden darse:

1. *Relaciones competitivas*. Es el caso, por ejemplo, de unas oposiciones o la búsqueda de un puesto de trabajo. El principio que rige este tipo de relación es "si yo gano, tú pierdes". Las personas se comportan como adversarias, no necesariamente enemigas, pero sí con intereses contrapuestos, de tal manera que el beneficio de una redunda en la pérdida de la otra persona. Además, pueden incorporarse razones subjetivas, tales como los celos, la envidia, etc.

2. *Relaciones cooperativas*. Hace referencia a las relaciones cuyo comportamiento es de amistad, en la que todas las personas coinciden en los mismos objetivos y quizás incluso en los mismos medios. Son relaciones que crean conexión social, tendente a un mismo fin. Su principio definitorio es: "si tú ganas, yo también, ganamos todos".

3. *Relaciones solidarias*. El principio que rige este tipo de relación se podría formular así: "yo pierdo para que tú ganes". Así pues, se tratan de relaciones asimétricas, entre personas con circunstancias distintas, pero en las que uno está dispuesto a perder para que el otro gane. El ejemplo más claro son los padres, dispuestos siempre a sacrificios y desvelos para asegurar que el/la hijo/a vaya adelante en su crecimiento personal y profesional.

Habiendo descrito los tres principales tipos de relaciones que pueden darse, cabe precisar que la Presencia Intencional se vincula a los dos últimos modelos de relación, esto es, a la *relación cooperativa* y a la *relación solidaria*.

[550] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 165-166.

Es decir, por un lado, el enfermero/a y el/la paciente, reconociéndose mutuamente como personas dotadas de una dignidad ontológica, cooperan juntos desde el diálogo y el compromiso para conseguir objetivos comunes, esto es, la salud y la excelencia en el cuidado (*relación cooperativa*). Por otro lado, el/la enfermero/a, para conseguir los objetivos anteriormente señalados, estará siempre dispuesto a sacrificios y desvelos para asegurar que el/la paciente sienta confort y bienestar durante el proceso de recuperación de la salud o en los momentos finales de su vida (*relación solidaria*).

A partir de aquí, cabe destacar el papel de la familia[551] ya que juega un papel decisivo en el acompañamiento y el cuidado de la persona enferma.

La familia es la primera y principal comunidad donde el ser humano desarrolla su carácter social. Ésta se define como "el conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje"[552]. También se entiende por familia "el grupo de personas vinculadas entre sí por algún tipo de relación biológica, emocional o legal"[553]. Ésta cubre una serie de necesidades básicas, como la obtención de recursos para la subsistencia, el afecto, la crianza, la educación, el cobijo y provee de un entorno controlado y protegido.

Cuando aparece una enfermedad, no sólo afecta al/a la paciente, sino también a todos y cada uno de los miembros de la familia (mujer e hijos/as, padre, madre y hermanos/as, etc.) pues, en palabras de Centeno, "la experiencia de la enfermedad es una tensión que comparten pacientes y familia"[554]. De este modo, se considera ésta parte de los objetivos de los cuidados y la unidad a tratar es el paciente junto a su familia[555-556]. Como sigue indicando el citado autor, "los

[551] Kingsley D. La sociedad humana. Buenos Aires: Universitaria, 1974; 419.

[552] Definición de la RAE. http://lema.rae.es/drae/?val=Familia. (Accedido el 19 de agosto de 2015).

[553] Cabodevilla I. Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014; 145.

[554] Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 261.

[555] Gea A. Acompañando en la pérdida. Madrid: San Pablo, 2007; 115.

moribundos expresan preocupación por la carga que recaerá sobre la familia y sobre su capacidad para hacerle frente o cómo la manejarán (…) Las preocupaciones de la familia tienen un foco importante: la angustia que aflige al enfermo"[557].

En la línea de la anterior reflexión, Cabodevilla mantiene que "la perturbación que se produce en el sistema familiar cuando se experimenta un cambio en alguno de sus miembros, obliga al resto de ellos a establecer las adaptaciones o reajustes necesarios que permitan de nuevo el buen funcionamiento. En ocasiones a raíz de estos cambios pueden aparecer conflictos familiares en relación con el comportamiento, las decisiones y las actitudes de unos u otros hacia la persona enferma o por la forma en que se proporcionan los cuidados. A veces, el malestar con otros miembros de la familia es debido a los sentimientos del cuidador o cuidadora principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza"[558].

Así pues, la situación generada por la aparición de una enfermedad comporta una serie de crisis consecutivas[559] que ponen a prueba de forma continua las capacidades de adaptación familiar. "La enfermedad va a exigir a la familia la necesidad de asegurar nuevas y distintas funciones: intentar reconfortar al enfermo, participar en las decisiones médicas y en los cuidados y, paralelamente, esforzarse por asumir los aspectos cotidianos adaptándose a una situación médica en evolución constante"[560]. Por ello, es importante identificar la composición familiar (si hay niños/as, ancianos/as, etc.), conocer la situación emocional de sus componentes, identificar al/a la cuidador/a principal, etc. todo ello para que los/las profesionales sanitarios/as puedan también cuidar y atender

[556] Buendía J. Familia y psicología de la salud. Madrid: Pirámide, 1999; 42.

[557] Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 261.

[558] Cabodevilla I. Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014; 141.

[559] Fernández-Abascal E G. Emociones y salud. Barcelona: Ariel, 1999; 54.

[560] Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 261.

las necesidades de la familia ya que son susceptibles de sufrimiento. Y es que en la tarea de cuidado y acompañamiento es donde algunos familiares (sobre todo los que asumen el rol de cuidadores/as principales) experimentan situaciones estresantes[561] y de sobrecarga, situaciones que a menudo afectan a su estado de salud física, psicológica y social, produciendo, en ocasiones, desajustes físicos y emocionales. "Efectivamente, el hecho de cuidar a una persona gravemente enferma implica una serie de exigencias que pueden perjudicar la salud del cuidador familiar, al descuidar sus propias necesidades"[562].

Por ello, es importante que la Enfermería esté alerta y se anticipe a las posibles complicaciones que puedan surgir a nivel familiar como consecuencia de la aparición de la enfermedad en el/la paciente. Realizando una adecuada Presencia Intencional es posible:

1. Valorar la respuesta del paciente y de la familia a la situación que están viviendo y atender las necesidades de información y comunicación que precisan.

2. Analizar el soporte físico y emocional que están proporcionando las personas significativas del entorno del/de la paciente, y trabajar con aquellos familiares que no saben afrontar o manejar la situación de manera adecuada.

3. Evaluar los elementos añadidos de estrés (por ejemplo, enfermedades de otros miembros de la familia, dificultades económicas, etc.) e intentar buscar soluciones mediante la cooperación y el apoyo del equipo asistencial, en este caso el/la psicólogo/a tratará de reconducir la situación de estrés emocional buscando objetivos concretos y el/la

[561] Lazarus R S. Estrés y emoción. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006; 288-296.

[562] Obra Social Fundación La Caixa. Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Barcelona: Fundación La Caixa, 2008.

trabajador/a social ayudará a buscar recursos (humanos, económicos, etc.) para el manejo de esta situación.

REHUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

7. REHUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Es frecuente observar que, en la asistencia sanitaria, la enfermedad es tratada técnicamente, sin tener en cuenta a la persona enferma que está atravesando dicho proceso desde su propia originalidad única e irrepetible, quedando así la dolencia despojada de su carácter personal e histórico y el sujeto reducido a organismo. Sin embargo, la enfermedad no es sólo un problema bioquímico o una alteración de la biología del sujeto, es una experiencia *humanizante* y *humanizadora* [563] que afecta al ser humano en su conjunto. Así pues, es importante volver la mirada a la persona y rehumanizar [564 - 565] la asistencia sanitaria para poder dar cobertura holística al sujeto doliente. Y, en esto, la Presencia Intencional tiene principal protagonismo ya que, tal y como se ha señalado en el capítulo VI, engloba las características que debe atesorar una relación, en este caso de tipo profesional sanitario, para que sea humanamente satisfactoria.

7.1. DEFINICIÓN

En los últimos años son frecuentes las referencias que apelan a la rehumanización[566] de la Enfermería. En una primera aproximación, este término parece que quiere transmitir la idea de que dicha disciplina se ha venido desarrollando conforme a unos parámetros que no son acordes a las facultades y relaciones de los seres humanos y que, en un momento determinado, se intenta

[563] "La enfermedad me es dada como una tarea; me encuentro con la responsabilidad de lo que voy a hacer con ella". Frankl V. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 1987; 255.

[564] Arroyo Gordo M. Calidad y Humanización de los Cuidados. Metas de Enfermería, 2001; 39: 26-31.

[565] "No cabe un enfoque de la Enfermería que pierda de vista esta perspectiva (la dimensión física, psicológica, social y espiritual del paciente), y con esto se entiende que cuidar a un ser humano es algo más que paliar sus necesidades de tipo somático; más bien consiste en percibir todas sus necesidades y velar por ellas. Feito Grande L. Ética profesional de la Enfermería: Filosofía de la Enfermería como Ética del cuidado. Madrid: PPC, 2000, 78.

[566] Cañas J L. De la deshumanización a la rehumanización. Pensamiento y Cultura, 2010; 13(1): 67-79.

reconducir esa situación. Así pues, se hace referencia al termino *rehumanizar* en el sentido de "volver a humanizar un hecho o un proceso"[567]. Sin embargo, al hacer alusión a la rehumanización de la Enfermería, no se parte de la premisa de que la atención sanitaria se haya deshumanizado, o que en otra época haya estado más humanizada, sino del hecho de que siempre hay aspectos que pueden mejorarse para favorecer el desarrollo humano, siempre hay cuestiones que pueden cambiarse o modificarse para que sean mas acordes con el respeto debido a la dignidad humana[568]. Por tanto, rehumanizar la asistencia sanitaria consistirá en ponerla a la altura de la dignidad de la persona, hacer que responda en lo posible a sus necesidades[569] y procurar que ayude a esa realización, o al menos, no la dificulte. A ello puede contribuir la difusión de la Presencia Intencional ya que ésta se basa en el reconocimiento de la dignidad ontológica de los sujetos implicados.

Y es que resulta importante recordar que la profesión enfermera no es sólo la aplicación de técnicas y protocolos clínicos; también debe tener una adecuada competencia relacional para ofrecer a los/las profesionales enfermeros/as toda una serie de técnicas humanas que faciliten el desarrollo de la Presencia Intencional, buscando siempre la excelencia en los cuidados y en la atención del/de la paciente en su proceso de salud-enfermedad. Con esto, a su vez, se está potenciando los recursos internos de los que dispone el sujeto doliente para afrontar la nueva situación que se le presenta. Así, el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que el cuidado, exige al/a la enfermero/a que posea un conjunto de conocimientos y un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre[570]. Dicho esto, rehumanizar no sólo va dirigido al propio usuario; no se debe olvidar al otro protagonista

[567] Cañas J L. La idea de rehumanización, clave existencial para la Filosofía de la historia futura. Madrid: Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 2000; 17: 167-194.

[568] López Guzmán J. Reflexiones sobre la rehumanización de la sanidad. Libro homenaje al prof. Ballesteros. En imprenta.

[569] García Férez J. Diez palabras clave en humanizar la salud. Estella: Verbo Divino, 2001; 29.

[570] Bermejo J C. Humanizar la salud. Madrid: San Pablo, 1997; 86-88.

fundamental, que es el/la enfermero/a[571]. Como persona, éste/a también tiene sus necesidades y aspiraciones. La meta debe ser que la asistencia sanitaria cumpla las expectativas de todos los implicados. Estas dos direcciones de la rehumanización (hacia el/la paciente y hacia el/la enfermero/a) no son opuestas; en gran medida son convergentes de manera que progresar en una de ellas puede ayudar a avanzar en la otra.

7.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEHUMANIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Existen diferentes factores que contribuyen a la deshumanización[572] de la práctica asistencial (entendiendo la deshumanización como las practicas que pueden cuestionar el respeto debido a la dignidad humana):

1. Están los factores culturales[573] que afectan a la prestación de cuidados. La sociedad actual no valora demasiado la atención a la persona débil y necesitada de cuidados. Predominan, por el contrario, los valores del progreso científico, la eficiencia y la competitividad, quedando pocos recursos para aquellos aspectos de la atención que son más difíciles de medir y controlar, esto es, las necesidades más específicamente humanas.

2. La evolución de la relación entre el/la profesional enfermero/a y el/la paciente[574] también puede generar dificultades que obstaculicen una

[571] Arroyo Gordo M. Calidad y Humanización de los Cuidados. Metas de Enfermería, 2001; 39: 26-31.

[572] Santos Hernández A M. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de Bioética, 2003; 50: 41-54.

[573] Hospital Ibáñez M, Guallart Calvo R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso Final de la Vida. Índex de Enfermería, 2004; 46(13): 49-53.

[574] Heluy C, De Faria T, Felipe R, Castelló M. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. Índex de Enfermería, 2004; 13: 44-45.

asistencia humanizadora. Aspectos tales como habilidades de comunicación y de ayuda no han tenido la importancia requerida en la formación de los profesionales. Si a esto se le añade que cuando los/las enfermeros/as se introducen en el mundo laboral se encuentran con una dinámica asistencial y una orientación predominantemente biologicista, el propio sistema hace que éstos/as, por la dinámica del trabajo, tiendan a situar en un segundo plano los aspectos humanos de la profesión. Además, los cambios en la relación sujeto doliente-enfermero/a pueden dar lugar a la existencia de expectativas y modelos de relación contrapuestos, como es el caso, por ejemplo, de una relación paternalista[575] por parte del/de la profesional asistencial.

3. La hospitalización [576 - 577] se puede considerar como un factor potencialmente deshumanizante en la propia praxis enfermera debido a que:

    - La propia enfermedad, por sí misma, conlleva inseguridad, preocupación, sufrimiento y angustia.

    - El edificio donde se realiza la actividad asistencial (hospital, residencia, centro de día, etc.) es un medio totalmente desconocido, que conlleva incomodidades y que obliga a romper con la rutina habitual. Esta situación la expresa Murillo de la Vega en los siguientes términos: "de repente, para el sujeto todo es extraño y dirigido por otros. Al ingresar en el hospital, el paciente entra en un circuito establecido y sobre el que no tiene control alguno. Es explorado, se ve sometido a pruebas y

[575] Beauchamp T L, Childress J F. Principios de Ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999; 118-119.

[576] Murillo de la Vega S. La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. Política y sociedad, 2000; 35: 74-75.

[577] Marchesi P L. Por un hospital más humano. Madrid: Paulinas, 1986; 21-24.

demasiado expuesto a veces a la observación ajena. En gran medida, pierde las credenciales que definen su identidad en la sociedad civil: no cuentan ni su profesión ni sus conocimientos; tampoco mucho sus gustos y preferencias, ni sus afectos, excepto los que importan para la historia clínica. Ha de informar de sí mismo, sin controlar el código del receptor ni poder decidir la información que recibe. Todo ello, sin contar con que a menudo la rutina hospitalaria interfiere con sus necesidades de intimidad, comodidad y descanso"[578].

- El ingreso en un centro asistencial produce en el/la paciente la ruptura de las relaciones sociales y laborales, ya sea de manera temporal o de forma permanente. Y es que los contactos humanos y los quehaceres que constituyen una dimensión esencial de la vida de las personas se ven restringidos o rotos.

- Los *factores organizativo-estructurales* [579 - 580] también contribuyen a la deshumanización de la profesión enfermera: la falta de tiempo en la atención al usuario como consecuencia de la estructura organizativa del trabajo, la escasez de personal para desempeñar unos cuidados acordes a las necesidades de cada paciente, las listas de esperas para una determinada intervención o prueba, etc.

[578] Murillo de la Vega S. La invisibilidad del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. Madrid: Política y sociedad, 2000; 35: 74-75.

[579] Vielva J. Ética profesional de la Enfermería. Bilbao: Descleé De Bouwer, 2007; 227.

[580] Brusco A. Humanización de la asistencia al enfermo. Santander: Sal Terrae, 1998; 59.

7.3. REHUMANIZACIÓN Y ENFERMERÍA

Tras lo mantenido en los apartados anteriores, cabe ahora centrarse en dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, qué papel desempeña la Enfermería en la rehumanización de la asistencia sanitaria; en segundo lugar, que lugar ocupa la rehumanización dentro de la misión de los profesionales enfermeros/as.

Respondiendo a la primera cuestión, es preciso indicar que la Enfermería es la profesión que está más cerca de la persona enferma[581] y más constantemente a su lado. Su cercanía hace posible detectar cualquier necesidad y procura que sean satisfechas. Sin minusvalorar la importancia de los/las médicos y otros/as profesionales sanitarios/as, el papel de la Enfermería es clave para la rehumanización de la asistencia ya que ésta adquiere el protagonismo principal en una relación asistencial.

Atendiendo a la segunda cuestión, la Enfermería[582], por lo general, no sólo se preocupa por el problema específico de salud, sino por la persona que lo vive. Entendiendo dicha disciplina así, resulta evidente que rehumanizar forma parte de su tarea fundamental[583]. No obstante, existen otros modos de vislumbrarla, esto es, como profesión centrada en la salud biológica y en perspectiva científico-técnica, empujada por la Medicina y guiada por el afán de especialización, perdiendo así alguno de sus valores tradicionales, como la preocupación por la calidad humana en la asistencia. Este último modo de concebir la profesión enfermera es un peligro que la propia disciplina puede superar si pone su atención en los/las propios/as pacientes y en los cuidados que éstos/as puedan

[581] Cibanal L, Arce M C. La relación enfermera/paciente. Alicante: Universidad de Alicante, 1991; 68-69.

[582] Bermejo J C. Salir de la noche. Por una Enfermería humanizada. Santander: Sal Terrae, 1999; 76.

[583] Hewa S, Hetherington R. Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. Journal of Medical Ethics, 1990; 16(4): 179-184.

necesitar, ya que "la sociedad va tomando conciencia de que donde más necesita mejorar el sistema sanitario es en su humanización."[584]

No obstante, "la preocupación porque la experiencia de la enfermedad y la asistencia sea lo más humana posible para el paciente forma parte esencial de la Enfermería; y a la vez, el papel de esta profesión es fundamental para el logro de la calidad humana en la asistencia."[585] Todo ello hace concluir que la Enfermería tiene en la rehumanización una importante responsabilidad[586], o al menos está llamada a desempeñarla, aunque existen ciertas limitaciones que vienen a matizar o disminuir esa responsabilidad. Así pues, se hace referencia, por un lado, a las limitaciones de carácter estructural o recursos humanos, que pueden dificultar una asistencia humanizadora y humanizante. Por otro lado, están las limitaciones relativas a las funciones y al campo de acción propio de esta disciplina, ya que no se le puede pedir a los/las enfermeros/as que asuman cierto protagonismo en las cuestiones humanizadoras, exigiéndoles a la vez un sometimiento a todas las decisiones del/de la médico. Por tanto, cabe señalar que un incremento en el protagonismo y la responsabilidad de la Enfermería contribuiría a una mejor atención humana.

Por último, cabe señalar que la Presencia Intencional puede contribuir muy favorablemente en la rehumanización de la Enfermería. Ésta contribuye a que tenga lugar una determinada forma de relación basada en el respeto de la dignidad de la persona desde su concepción hasta la muerte natural, y en el amor hacia la profesión y los/las pacientes. A su vez, desencadena en los/las profesionales enfermeros/as la búsqueda de la excelencia a través de los cuidados. Ellos y ellas trabajan por conseguir el bienestar y la pronta

[584] Hewa S. Hetherington R W. Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. Journal of Medical Ethics, 2006; 16(4): 179-184.

[585] Vielva J. Ética profesional de la Enfermería. Bilbao: Descleé De Bouwer, 2007; 229.

[586] Poblete T M. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulista de Enfermagem, 2007; 20(4): 499-503.

recuperación del paciente y, en casos de enfermedad incurable, acompañan y confortan al sujeto doliente en el duro trance que ello supone.

DISCUSIÓN

8. DISCUSIÓN

8.1. SOBRE EL CONCEPTO DE PRESENCIA INTENCIONAL

En la revisión bibliográfica realizada se observa que hay escasas referencias a la Presencia Intencional en cuanto tal en el ámbito sanitario y que, cuando las hay, éstas se difuminan en otros conceptos tales como cuidado, práctica clínica, relación, etc. Son conceptos relacionados pero que, por sí mismos, no agotan el significado y las características propias de lo que se quiere expresar con el término Presencia Intencional. Por ejemplo, en muchas referencias se hace alusión al término *cuidado* en un sentido amplio y parece que, de forma implícita, se podría asumir que subyace la existencia de la Presencia Intencional. Así, entre los objetivos del cuidar se incluyen, entre otros, aliviar, confortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer, etc., es decir, según Waldow[587], el cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, en las incapacidades y durante el proceso de la muerte; incluso en ausencia de alguna enfermedad y en la vida cotidiana, entendiendo éste como una forma de vivir y de relacionarse. De lo expresado anteriormente se podría elucubrar afirmando que el autor esta considerando que en la base de ese cuidado está la Presencia Intencional pero, por la misma razón, se podría afirmar lo contrario ya que no hay una referencia explícita a cual es la base que sustenta la relación entre el paciente y el/la profesional de Enfermería.

No obstante, la escueta bibliografía encontrada que aborda aspectos sustanciales, ha servido para analizar y matizar el concepto de Presencia Intencional. Así, por ejemplo, Smith la contempla como un proceso

[587] Waldow V R. Cuidar, expressao humanizadora da enfermagen. Petrópolis: Vozes, 2006; 89.

interpersonal[588] que se caracteriza por el diálogo, el compromiso, la plena participación, la apertura, la atención fluida y la trascendente unidad entre dos personas. Algunos autores, aplicando dicho concepto a la praxis clínica, lo entienden como una intervención consistente en estar con el otro, tanto física, psicológica como espiritualmente, en momentos de necesidad[589]. Coincido con esas premisas pero, al mismo tiempo, considero que necesitan ser matizadas, al menos en dos aspectos, para estar en consonancia con la idea de Presencia Intencional que se ha propuesto en este trabajo.

El primer aspecto a puntualizar en la anterior definición de Presencia Intencional es el termino *necesidad* ya que esta expresión limita el concepto y, por otra parte, no abarca la integridad de su significado. Al buscar las acepciones del término necesidad en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua se observa que hace alusión a "aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir", a la "carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida", a la "falta continuada de alimento que hace desfallecer" o al "especial riesgo o peligro que se padece, y en que se necesita pronto auxilio". Cualquiera de estas acepciones son reduccionismos que no satisfacen la intensidad y globalidad de lo que quiero indicar cuando apelo a la Presencia Intencional. Me parecería más acertado cambiar necesidad por vulnerabilidad, en la acepción del término aportada en la primera parte de este trabajo, una fragilidad especial de la persona enferma[590] que es una manifestación específica de la vulnerabilidad natural que acompaña el ser humano en su travesía por la vida.

La segunda cuestión que me parece oportuno matizar es la de *intervención*, ese término conduce directamente a la acción y en la Presencia Intencional hay un factor contemplativo muy importante. Los seres humanos no

[588] Smith M. Integrative review of research related to Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. Advances in Nursing Science, 2011; 24(3): 256-272.

[589] Dochterman J, Bulechek G. Nursing Interventions Classification. Madrid: Elsevier, 2004; 580.

[590] Ars B. Fragilidad y cuidados de la persona enferma. En: Roqué M V, Gonzalvo-Cirac M, López Guzmán J. El sentido del vivir en el morir. Pamplona: Thomson Reuters Aranzadi, 2013; 95-112.

sólo se comunican con los actos, también las miradas, los gestos tienen un valor comunicativo capaz de transmitir cercanía, rechazo, simpatía, empatía, etc. Por ejemplo, en la práctica asistencial no es infrecuente que un/a enfermero/a que acompaña a un/a médico perciba miedos de la persona enferma y establezca una relación, afectiva y efectiva, con él/ella sin haber mediado una palabra. Por ello, no se puede desdeñar la ayuda que implica la comunicación que se establece a través del denominado lenguaje corporal[591]. "La persona humana comunica con los otros seres por intermedio de su interioridad"[592]. De ahí que Watzlawick propusiera como uno de sus axiomas de la comunicación la "imposibilidad de no comunicar"[593], ya que las miradas, los gestos, la disposición de las manos y los pies, etc., aportan una valiosa información. Cuando una persona aparece ante otras proyecta, aun sin quererlo, una información general de la situación en la que, incluso, se puede vislumbrar el propio concepto de sí mismo[594].

Además de las matizaciones que se han realizado anteriormente sobre las definiciones encontradas de Presencia Intencional en la bibliografía, se considera necesario indicar explícitamente (aunque en alguna definición se pueda considerar que esté incluida implícitamente) que la Presencia Intencional tiene su sustento en el reconocimiento de la dignidad ontológica en cada uno de los sujetos que intervienen en esa relación. También, es importante señalar que existen ciertos elementos (la corporalidad, el conocimiento, la afectividad, el yo, la libertad, la comunicación y la sociabilidad), que modulan y condicionan el modo de aplicar esa Presencia Intencional.

[591] Keidar D. Classroom Communication. Haifa: The UNESCO Chair in Bioethics, 2005; 10-12.

[592] Wojtyla K. Amor y responsabilidad. Madrid: Palabra, 2008; 30.

[593] Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder, 1989; 76.

[594] Goffman E. The presentation of self in everyday life. New York: Doubleday, 1959; 22-27.

8.2. LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA ENFERMERÍA

Desde el punto de vista asistencial, el/la profesional enfermero/a, siendo conocedor de la realidad y habiendo adquirido la madurez en el plano profesional, moral, personal y de relación; y poniendo la mirada en la persona enferma (esto es, con carácter intencional), comprobará que la Presencia Intencional vendrá determinada por una amalgama de factores relacionados consigo mismo, con el propio usuario, con la relación asistencial y con otros factores ambientales. Estos aspectos, que son tratados en los siguientes apartados, deben ser tenidos en consideración por los/las profesionales de Enfermería debido a que pueden modificar el grado de confianza o relación y hacer imposible la total entrega en la relación asistencial.

En cuanto lo que supone a la Enfermería el establecimiento de una auténtica Presencia Intencional, se puede señalar que le ayudaría a realizar su trabajo en plenitud, siendo el medio para dotar su trabajo, de cualquier tipo y en cualquier momento, de la necesaria perspectiva humana y humanizadora. Este hecho favorecerá que su trabajo sea bien realizado, buscando siempre la excelencia en la atención y en los cuidados, y le apartará de la rutina y del posible hastío que provoca un trabajo contemplado como un fin en sí mismo.

8.3. LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LOS PACIENTES/ USUARIOS

En cuanto al usuario, las expectativas y necesidades del paciente determinan la solicitud y el grado de implicación que los/las profesionales enfermeros/as pueden ofrecer durante el encuentro (ya sea acompañando en silencio y creando el ambiente propicio para que el paciente pueda expresarse, si así lo considera; algún tipo de contacto físico, esto es, cogiendo la mano o dando un abrazo; o interactuando mutuamente en una conversación, resolviendo dudas,

inquietudes, miedos). Para que esto se dé ha de haber sinceridad, confianza, buena relación con el personal enfermero y determinar el nivel de vulnerabilidad que se percibe durante el estado de salud-enfermedad. Por lo tanto, la relación asistencial sanitaria "tiene que asentarse en un tipo de relación que les vincule con la profundidad de su ser y que, por ello, sea capaz de dar sustento a la confianza que debe existir entre ellos"[595].

Ante el proceso asistencial, los/las profesionales de Enfermería aportan experiencia y una serie de cuidados para que la persona enferma sea, con el paso del tiempo, capaz de asumir su nueva realidad y hacerle frente, aceptándola. Por ejemplo, el/la enfermero/a muestra su cercanía en esos momentos de dificultad tendiendo una mano al/a la paciente, permaneciendo a su lado, haciéndole compañía; transmitiendo con su presencia y sus palabras oportunas un mensaje de paz, de fuerza, de curación, en definitiva, de esperanza. Además, no sólo se responsabiliza de la propia persona enferma, sino que es consciente de la difícil situación por la que atraviesa la familia. Por ello, siempre teniendo presente la voluntad del/de la paciente, crea un puente de unión entre ellos/as, extrayendo el lado más humano y caritativo, en definitiva, involucrándolos/as en una tarea común, la persona enferma. Pero si lo anteriormente señalado es cierto, también lo es que el proceso es bidireccional y requiere que el paciente esté dispuesto a vislumbrar al/a la profesional sanitario/a como una persona dotada de una dignidad ontológica y dispuesto/a a establecer una relación sustentada en el amor. Marías señala que la vida nos es dada y que no nos es dada hecha, sino al contrario nos es dada por hacer. De tal manera que "por ser un quehacer, no una simple actividad, mi vida es mía"[596] y en esa vida en la que se debe elegir, elegir el bien, también hay que determinar quien nos acompaña. De tal forma que si el/la paciente no esta dispuesto a dejar al/a la profesional que le acompañe en su

[595] López Guzmán J. La comunicación interpersonal en salud: la comprensión médico-paciente. En: Medina P, González A. Comunicación de la salud: una aproximación multidisciplinar. Madrid: Fragua, 2010; 153-164.

[596] Marías J. Introducción a la Filosofía. Madrid: Alianza, 1981; 267.

proceso vital (normalmente esta relación tendrá un carácter temporal) será imposible establecer una atención con tendencia a la plenitud. En definitiva, la Presencia Intencional no puede ser una imposición de un sujeto sobre otro, debe ser aceptada libremente por aquellos/as que están implicados/as en la relación sanitaria. Por lo tanto, será siempre un ejercicio de libertad. Como bien indica Cárdenas "el ejercicio ético de la libertad implica actuar pensando en el otro"[597].

8.4. CUESTIONES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA INTENCIONAL

En el binomio personal enfermero/a-paciente, habrá que considerar ciertas variables que pueden determinar el grado de aceptación de la Presencia Intencional como, por ejemplo, la edad, el sexo, la cultura, la espiritualidad y la existencia o no de una relación profesional previa entre ambos. No hay ninguna duda que, para que se establezca una auténtica relación, se debe generar un clima apropiado de confianza que facilite el desarrollo del encuentro entre las dos personas. De esta manera, por ejemplo, hay que contemplar la diferenciación sexual como un hecho que, si es tenido en cuenta u obviado, puede facilitar, o entorpecer una relación. Y es que, tal y como apunta Amengual[598], que en la persona se produzca diferenciación sexual implica que hay un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los demás. De tal forma, que esa diferenciación sexual caracteriza al varón y a la mujer, no sólo en el plano físico, sino también en el psicológico y espiritual, marcando cada una de sus expresiones. Dicho esto, es evidente que la persona nace con un sexo biológicamente diferenciado, pero no se reduce sólo a eso. Su identidad personal se construye en consonancia con la interacción social y cultural de la cual forma parte. Varón y mujer tienen la misma naturaleza humana, pero la tienen y la realizan de modos distintos y complementarios. Esta diferencia y

[597] Cárdenas R. Autonomía de la voluntad y reproducción asistida. Consensus, 2014; 2(19): 73-90.

[598] Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 86.

complementariedad entre varón y mujer no añade nada a la igualdad radical de dignidad, derechos y deberes de ambos[599].

También, la cultura hace referencia a la propia filosofía de la vida y tiene que ver con el nivel de educación alcanzado, el clima cultural en el que se vive, la variedad de aficiones o intereses personales como la lectura, el deporte, el arte, la música, la naturaleza, etc. además del cúmulo de recuerdos y logros que contribuyen a gratificar, serenar o estimular la propia vida. Esto no quiere decir que las personas que se encuentran en el proceso asistencial tengan que coincidir en esos aspectos pero sí que hay que tenerlos en consideración y ponderarlos para crear el clima que favorezca la relación, desechando aquellas situaciones que, en un principio, puedan dificultar el establecimiento de un vínculo. Como bien indica Gordillo, "hacerse cargo de la realidad es también saber cultivar las capacidades afectivas para una mejor comprensión de nuestro entorno"[600].

Otro aspecto fundamental es el de la espiritualidad. Cuando se hace referencia a la espiritualidad se asume que hay una apertura a la trascendencia, al compromiso y a la asunción de unas determinadas responsabilidades sabiendo ir más allá de ellas. Si el/la paciente o el/la profesional enfermero/a no se siente respetado en sus creencias es imposible que se encuentre dispuesto a realizar una apertura de su ser más allá de lo estrictamente necesario en el plano formal. En este punto, es muy necesario matizar que respetar no quiere decir que esa creencia sea asumida por la otra parte, significa darle un valor, comprender el valor que le otorga la otra persona y el profundo significado que tiene para ella. En este sentido, Pellegrino plantea las dificultad que supone para los/las médicos con alguna creencia religiosa, mantener su integridad moral en un mundo secularizado[601]. Sin duda, en la sociedad actual parece que las creencias

[599] Castilla B. Persona femenina, persona masculina. Madrid: Rialp, 1996; 23.

[600] Gordillo L. Ideología y Ética de la voluntad. Una base para la reflexión Bioética. Cuadernos de Bioética, 2015; 26(86): 51-65.

[601] Pellegrino E. The physician's consciente, consciente clauses, and religion belief: a catholic perspective. Cuadernos de Bioética, 2014; 83: 25-40.

religiosas deben quedar restringidas a la vida privada[602]. Pero que esto sea frecuentemente así no justifica que no se deba superar, ya que la dignidad de cada persona requiere necesariamente el respeto a sus creencias, y no se respeta a una persona cuando se restringe la posibilidad de que pueda manifestarse como realmente es. Por ello, para que exista Presencia Intencional deberá haber respeto a las creencias o, expresado de otro modo más general, no habrá que impedir que la persona desarrolle su integridad en ninguna de sus manifestaciones, ya sean religiosas o de cualquier otro tipo. Sin duda, el/la agente sanitario/a posee una integridad que debe mantener por su propio bien y por el de su paciente y, al mismo tiempo, el/la paciente posee una integridad que debe mantener por su propio bien y por el/la agente sanitario/a que lo atiende[603].

Por último, hay que tener en cuenta los denominados factores ambientales, como son las condiciones de trabajo, la filosofía de gestión y el espacio físico. Por ejemplo, el tiempo limitado de la relación asistencial pone potencialmente en peligro la atención al/a la paciente. En la actual relación clínica tampoco hay que desdeñar la influencia de la tecnología que, en ocasiones, lleva a anteponerse a las preocupaciones psicológicas y espirituales de los/las pacientes. En este sentido, es difícil establecer una relación bidireccional cuando el/la enfermero/a no llega a mirar al paciente por estar absorto en la pantalla del ordenador rellenando datos o consultando la historia (algo muy necesario que habría que desligar del momento de dialogo personal) o el paciente no deja de contestar *WhatsApps* cuando el/la profesional enfermero/a le está atendiendo. En este mismo apartado, también hay que considerar otra cuestión, en la que no es posible detenerse por su amplitud pero sí se estima conveniente señalar. Es el propio concepto de paciente, de sujeto de atenciones, contemplado como un ser doliente, necesitado, especialmente vulnerable, o como un/a cliente/a que demanda la satisfacción de una necesidad objetiva o subjetiva. Situación esta

[602] Ollero A. Derecho y Moral, implicaciones actuales: a modo de introducción. Persona y Derecho, 2009; 61: 17-31.

[603] López Guzmán J. Integridad en el ámbito profesional sanitario. Granada: Comares, 2013; 54.

última que, aunque parezca paradójica, convierte al/a la enfermero/a en el sujeto más vulnerable de la relación. Esta distinta perspectiva genera un escenario muy distinto en el que, en algunos casos será imposible la Presencia Intencional. Tanto es así que, en ciertas ocasiones parece que las demandas solventes llegan a ocasionar que el foco de atención sanitario se desplace "progresivamente desde el paciente al sano, desde la atención al débil a la protección del fuerte"[604].

8.5. LA PRESENCIA INTENCIONAL EN EL EQUIPO SANITARIO

Se podría plantear si la noción de Presencia Intencional es sólo aplicable a la relación entre agentes morales o puede darse también, por extensión, entre un agente moral y un colectivo, como es el caso del equipo sanitario. Por ejemplo, y en este caso, cabría formular la cuestión de si se puede hacer referencia a la Presencia Intencional del equipo sanitario como tal y no sólo de la de cada uno de sus integrantes en su relación con el/la paciente. Evidentemente sí. El trabajo en equipo es otra de las características esenciales en la Presencia Intencional y constituye uno de sus fundamentos.

La multidimensionalidad y la complejidad de los problemas de la atención sanitaria exigen un equipo en el que todos/as los/las integrantes trabajen con el objetivo común de acompañar, curar y aliviar según los diversos conocimientos y habilidades que su profesión representa. Tal y como apunta Carlos Centeno[605], haciendo referencia al trabajo desarrollado por el equipo sanitario en cuidados paliativos, el médico piensa más en medicación; la enfermera atiende el modo de aplicar el tratamiento y al mismo tiempo piensa en medidas no farmacológicas que van a ayudar; el psicólogo explica a todos cómo controlar la repercusión emocional del síntoma y sugiere medidas para disminuir la ansiedad; el

[604] Barrio J M. La Bioética ha muerto ¡Viva la Ética médica! Cuadernos de Bioética, 2015; 26(86): 25-49.

[605] Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 281-283.

trabajador social se ocupa de la atención a la familia, detección de problemas y búsqueda de ayudas, etc. algún miembro del equipo se encarga de hablar con el equipo del centro de salud o avisar al equipo de guardia para que estén prevenidos, etc. Por tanto, es posible extraer cuatro razones significativas de la participación de distintos profesionales en la Presencia Intencional: en primer lugar, la complementariedad de sus visiones profesionales ante un mismo problema, y es que una visión global se aproxima más a la realidad que la visión unidimensional; en segundo lugar, cada disciplina aporta experiencia, conocimientos y habilidades específicas; en tercer lugar, la colaboración que sus miembros se brindan entre sí es muy importante ya que existen situaciones y momentos muy intensos en la praxis clínica que pueden llegar a agotar emocionalmente. Cuando alguien en un equipo está muy cansado emocionalmente, en sus compañeros/as encontrará el apoyo y el relevo necesarios para el desarrollo de una atención de calidad. El equipo sirve también para compartir esas cargas, liberar tensiones, ofrecer apoyo en momentos delicados, detectar la sobre-implicación, etc. Y es que, cuando falla el equipo de trabajo[606]., falla el cuidado del/de la paciente y terminan fallando las personas Y, por último, la cuarta razón es que cuando alguien del equipo está fallando en la relación con el/la paciente, en el sentido de no entablar esa relación personal que exige la Presencia Intencional, los otros miembros del grupo le pueden ayudar a percatarse de ello o a modificar la situación de una forma favorable al objetivo que se quiere conseguir.

8.6. LA ASUNCIÓN DE VALORES EN LA PRESENCIA INTENCIONAL

La Presencia Intencional no es algo que se adquiera por ciencia infusa, ni pueda ser ejercida con un protocolo de actuación. Se trata de una pulsión interior del ser humano que se dirige hacia su bien y el de su prójimo a través de una

[606] Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 281-283.

relación basada en la amistad y el amor. De ahí que haya cierta asunción de valores, y su plasmación en hábitos, que llevarán al/a la agente sanitario/a a poder entablar esa especial relación con su paciente. Por ejemplo, es preciso una pulsión en la voluntad del/de la profesional de la salud, cuando se compromete con un/a usuario/a, a extender la atención más allá de sus tareas[607]. Para llegar a este punto, antes ha tenido que producirse una *pausa* en la que el/la profesional enfermero/a, influenciado/a por el grado de intención de estar presente, ha tenido en cuenta las necesidades del/de la paciente, su propia capacidad y los factores ambientales que determinarán la dosis final de presencia entregada. Del mismo modo, la intención[608], el nivel de compromiso[609-610] y la libre disponibilidad[611] son aspectos que podrán interferir o favorecer la Presencia Intencional. No obstante, lo apuntado en las líneas anteriores es sólo el cimiento sobre el que se asienta la relación de ese encuentro pleno, humano y humanizante, que es la Presencia Intencional. En definitiva, tanto el/la profesional sanitario/a como el/la paciente deben de asumir una serie de valores que sustenten su relación y deben de intentar que, esos valores, se conviertan en hábitos, que sean capaces de dejarles una impronta, la de la virtud[612].

Ese proceso de captación de valores y de asunción de virtudes debe ser considerado en el aprendizaje y en la formación continuada de los/las profesionales de Enfermería y, por otra parte, debe ser contemplado como un deber de los/las pacientes. Si estos últimos no se implican en el proceso asistencial sanitario en los términos mantenidos en esta tesis, de una asistencia sanitaria vertebrada por la Presencia Intencional, lo más probable es que la

[607] Godkin J. Healing presence. Journal of Holistic Nursing, 2001; 19: 5–21.

[608] Ferlic, A. Existential approach in nursing. Nursing Outlook, 1968; 16(10): 30–33.

[609] Doona M, Haggerty L, Chase S. Nursing presence: An existential exploration of the concept. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 1997; 11(1): 3–16.

[610] Vaillot M C. Existentialism: A philosophy of commitment. American Journal of Nursing, 1966; 66(3): 500–505.

[611] Doona M. Chase S. & Haggerty L. Nursing presence: As real as a milky way bar. Journal of Holistic Nursing, 1999; 17(1): 54–70.

[612] De Santiago M. Las virtudes en Bioética clínica. Cuadernos de Bioética, 2014; 25(1): 75-91.

práctica asistencial siga presentando un deterioro al subvertir una relación humana en una transacción comercial en la que el/la profesional enfermero/a se convierte en un/a técnico/a que tiene que reparar un órgano o un proceso fisiológico a demanda de un/a cliente/a.

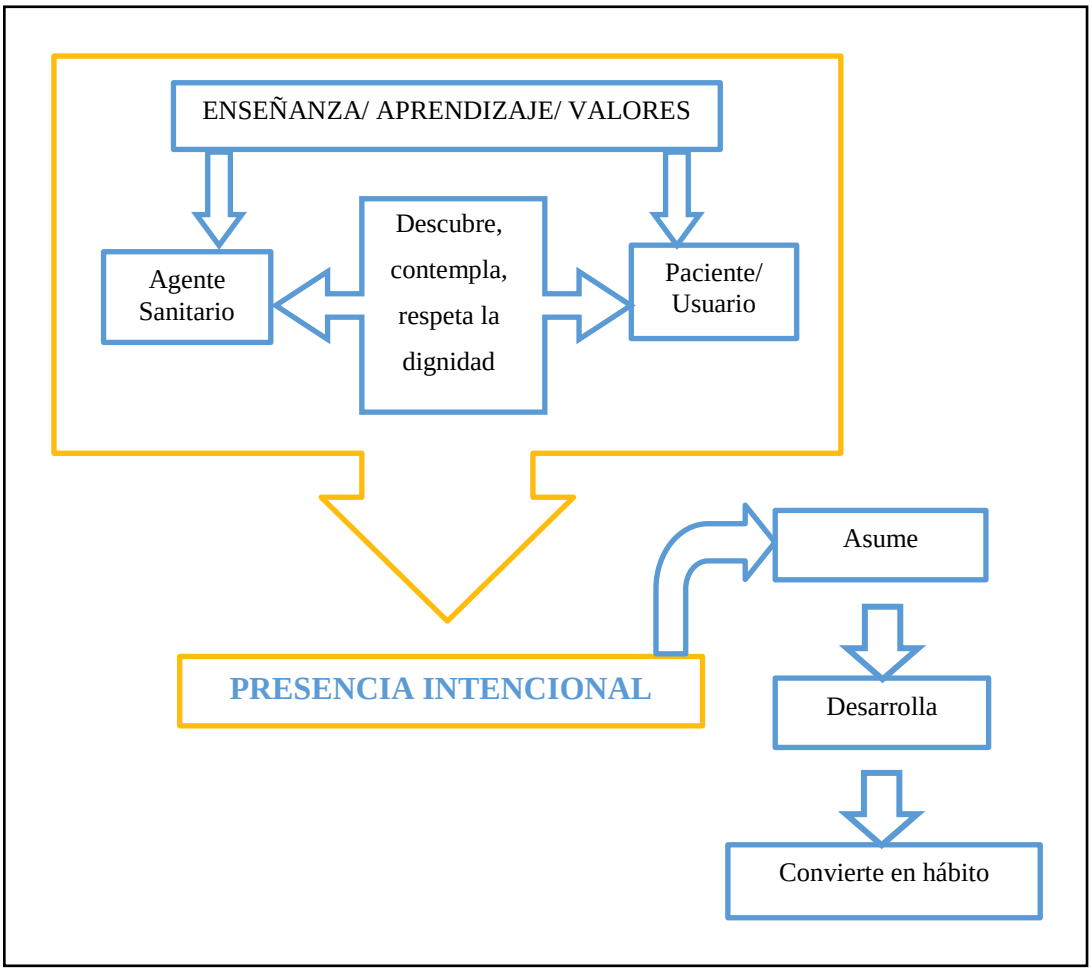


Figura 5

El proceso de conversión de la Presencia Intencional en un hábito.

8.7. PRESENCIA INTENCIONAL Y REHUMANIZACIÓN

La Presencia Intencional se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad ontológica del sujeto. Dicho esto, al hacer referencia a la *rehumanización* de la Enfermería, no se pretende exponer que la atención

sanitaria se haya deshumanizado, o que en otra época haya estado más humanizada. Más bien significa que siempre hay aspectos que pueden mejorarse para favorecer el desarrollo humano, siempre hay cuestiones que pueden cambiarse o modificarse para que sean más acordes con el respeto debido a la dignidad humana. Por tanto, rehumanizar la asistencia sanitaria consistirá en ponerla a la altura de la dignidad de la persona, hacer que responda en lo posible a sus necesidades y procurar que ayude a esa realización, o al menos, no la dificulte.

Y es que resulta importante recordar que la profesión enfermera no es sólo la aplicación de técnicas y protocolos clínicos; también debe destacar una adecuada aplicación de la Presencia Intencional, en la cual se de una satisfactoria competencia relacional para ofrecer a los/las profesionales enfermeros/as toda una serie de técnicas humanas que ayuden a mejorar la relación con la persona necesitada de ayuda en su proceso de salud-enfermedad. Así, el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que el cuidado, exige al/a la enfermero/a que posea un conjunto de conocimientos y un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre. En este sentido, Bellver señala que "la aplicación de los conocimientos de las evidencias científicas y las técnicas sobre los cuidados son completamente dependientes del sentido de la profesión y de las bases éticas del que los aplica. Por eso, nos encontramos con personas que con parecidos niveles de formación científica presentan unos niveles tan distintos en el ejercicio de la Enfermería"[613].

Asimismo, es importante resaltar que rehumanizar no sólo va dirigido al/a la propio/a usuario/a; no se debe olvidar al/a la otro/a protagonista fundamental, que es el/la enfermero/a. Como persona, ésta también tiene sus necesidades y aspiraciones. La meta debe ser que la asistencia sanitaria cumpla las expectativas de todos/as los/las implicados/as. Estas dos direcciones de la rehumanización (hacia el/la paciente y hacia el/la enfermero/a) no son opuestas; en gran medida

[613] Bellver Capella V. Bioética y cuidados de Enfermería. Alicante: CECOVA, 2011; 15.

son convergentes de manera que avanzar en una de ellas puede ayudar a avanzar en la otra.

8.8. LA PRESENCIA INTENCIONAL Y SU APLICABILIDAD

Tras exponer el marco conceptual que asienta las bases teóricas del concepto, sería interesante en posteriores investigaciones cuantificar la Presencia Intencional en un trabajo de campo en el que se observe la percepción de los/las profesionales enfermeros/as y los/las pacientes en relación a dicho concepto, y se determine cuál es su influencia. En base al resultado de los datos obtenidos, posteriormente, se podría diseñar un programa de aprendizaje teórico-práctico cuyo objetivo prioritario sería la búsqueda de la excelencia en la profesión enfermera.

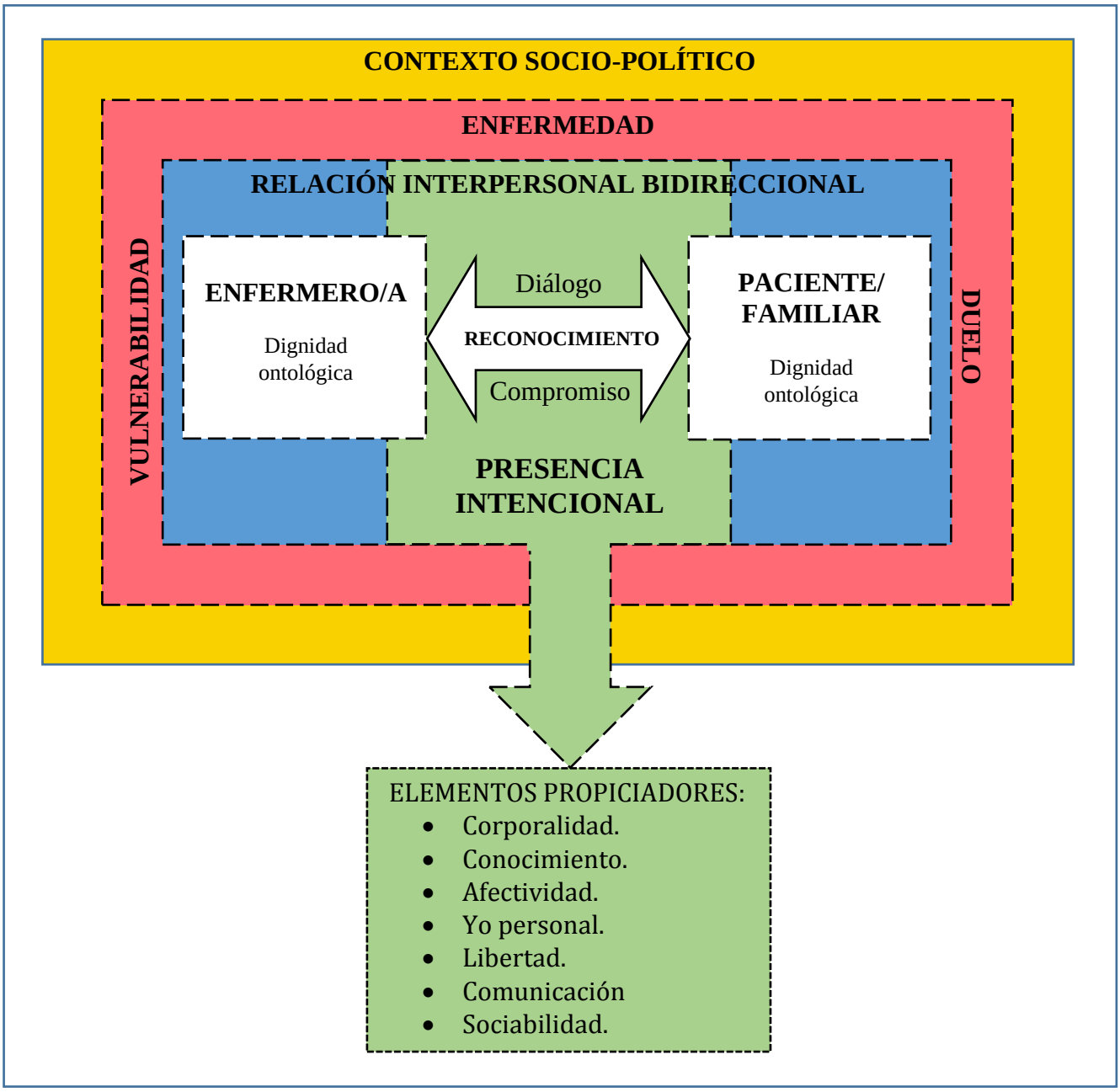


Figura 6

Modelo de relación entre enfermero/a y paciente/familiar basado en el concepto de Presencia Intencional propuesto en este trabajo.

CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica sobre el concepto de Presencia Intencional sugiere que ha de haber una mayor profundización en su estudio ya que es un concepto que es entendido de forma diferente por los distintos autores, esta discrepancia reviste una gran importancia ya que unos asocian el conceptos sólo a cuestiones externas (estar) y otros a internas (ser) como sustento de las externas (estar).

Aquellas definiciones que explicitan que la Presencia Intencional no sólo se basa en cuestiones externas, llevan implícitas dos características fundamentales: la *necesidad* y la *intervención*. No obstante éstos no son los términos más apropiados para acompañar al concepto de Presencia Intencional y se propone modificarlos: en el caso de *necesidad*, cambiarlo por *vulnerabilidad;* a *intervención* es necesario añadirle *contemplación.*

Se define la Presencia Intencional como un proceso interpersonal que se caracteriza por el diálogo, el compromiso, la plena participación, la apertura, la atención fluida y la trascendente unidad entre dos personas que se reconocen, dotadas de una dignidad ontológica y que sustentan su vínculo en una relación de amor satisfactoria para ambas. En este sentido, esta es la única interpretación del concepto que puede satisfacer una rehumanización de la asistencia sanitaria.

La Presencia Intencional no puede ser una imposición de un sujeto sobre otro, debe ser aceptada libremente por aquellos que están implicados en la relación sanitaria. Si el/la paciente no esta dispuesto a dejar al/a la profesional que le acompañe en su proceso vital será imposible establecer una atención con tendencia a la plenitud.

Existen ciertas variables que pueden determinar el grado de aceptación de la presencia como, por ejemplo, la edad, el sexo, la cultura, la espiritualidad y la existencia o no de una relación profesional previa entre ambos.

La noción de Presencia Intencional es sólo aplicable a la relación entre agentes morales. No obstante, también puede darse, por extensión, entre un agente moral y un colectivo, como es el caso del equipo sanitario.

En la rehumanización de la Enfermería, resulta importante destacar que la profesión enfermera no es sólo la aplicación de técnicas y protocolos clínicos; también debe tener una adecuada competencia relacional para ofrecer a los/las profesionales enfermeros/as toda una serie de técnicas humanas que faciliten el desarrollo de la Presencia Intencional, buscando siempre la excelencia en los cuidados y en la atención del/de la paciente en su proceso de salud-enfermedad. Y es que *rehumanizar* la asistencia sanitaria consistirá en ponerla a la altura de la dignidad de la persona, hacer que responda en lo posible a sus necesidades y procurar que ayude a esa realización, o al menos, no la dificulte.

Es necesario que los/las profesionales sanitarios/as realicen actividades de reflexión (estudios humanísticos, habilidades de comunicación, psicología aplicada, etc.) que permitan construir el complejo proceso por el cual ponen en práctica la Presencia Intencional.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

10. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Adams J, Kaplow R. A sitter-reduction program in an acute health care system. Nursing Economics, 2013; 31(2): 83-89.

2. Aguiló A. Educar los sentimientos. Madrid: Palabra, 2001.

3. Agustín de Hipona. La Ciudad de Dios. Madrid: BAC, 2009.

4. Alviar J J. El tiempo del Espíritu: hacia una Teología pneumatológica. Pamplona: EUNSA, 2006.

5. Alvira R. A dor e sofrimento. Oporto: Campo das Letras, 2001.

6. Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Barcelona: Elsevier, 2011.

7. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007.

8. Andorno R. La bioétique et la dignité de la personne. París: PUF, 1997.

9. Anscombe G E M. Intención. Barcelona: Paidós, 1991.

10. Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

11. Aparisi A. Persona y género. Pamplona: Aranzadi-Thomson Reuters, 2011.

12. Aranguren J. Antropología filosófica. Madrid: McGraw-Hill, 2003.

13. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós, 1993.

14. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Alianza, 2004.

15. Aristóteles. Política. Madrid: Mestas, 2004.

16. Arregui J V, Choza J. Filosofía del hombre: una Antropología de la intimidad. Madrid: Rialp, 1993.

17. Arroyo Gordo M. Calidad y Humanización de los Cuidados. Metas de Enfermería, 2001; 39: 26-31.

18. Ars B. Fragilidad y cuidados de la persona enferma. En: Roqué MV, Gonzalvo-Cirac M, López Guzmán J. El sentido del vivir en el morir. Pamplona: Thomson Reuters Aranzadi, 2013; 95-112.

19. Aulestiarte S. Vivir y morir con dignidad. Pamplona: EUNSA, 2002.

20. Bailly D. Angustia de separación. Barcelona: Masson, 1997.

21. Barco J L. Bioética y dignidad humana. En: Bioética. Madrid: Rialp, 1992; 15-17.

22. Barreto P. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis, 2007.

23. Barrio J M. Elementos de Antropología Pedagógica. Madrid: Rialp, 2000.

24. Barrio J M. La Bioética ha muerto ¡Viva la Ética médica! Cuadernos de Bioética, 2015; 26(86): 25-49.

25. Barrio J M. Los límites de la libertad. Madrid: Rialp, 1999.

26. Bastons M. Conocimiento y libertad. La teoría kantiana de la acción. Pamplona: EUNSA, 1989.

27. Bayés R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. Medicina Paliativa, 2007; 7(3): 101-105.

28. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca, 2001.

29. Beauchamp T L, Childress J F. Principios de Ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999.

30. Bel Mallén J A. Comunicar para crear valor. Pamplona: EUNSA, 2004.

31. Bellver Capella V. Bioética y cuidados de Enfermería. Alicante: CECOVA.

32. Bellver Capella V. ¿Existe una Ética universal?: Bioética y derechos. Cuadernos de Bioética, 2004; 15(55): 437-456.

33. Bellver Capella V. La enfermera y la dignidad del paciente. Rol de Enfermería, 2014; 37: 8-13.

34. Benedicto XVI. Carta Encíclica Deus Caritas Est. Madrid: San Pablo, 2006.

35. Benhabib S. El ser y el otro en la ética contemporánea. Barcelona: Gedisa, 2006.

36. Benner P, Spichiger E, Wallhagen M. Nursing as a coring practice from a phenomenological perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2005; 19(4): 303-309.

37. Beorlegui C. Antropología filosófica. Bilbao: Deusto, 2009.

38. Bermejo J C. Estoy en duelo. Madrid: PPC, 2005.

39. Bermejo J C. Humanizar la salud. Madrid: San Pablo, 1997.

40. Bermejo J C. Salir de la noche. Por una Enfermería humanizada. Santander: Sal Terrae, 1999.

41. Bhopal R. Concepts of Epidemiology. Integrating the ideas, theories, principles and methods of epidemiology. New York: Oxford University Press; 2008.

42. Blondel M. Exigences philosophiques du christianisme. Paris: PUF, 1950.

43. Boff L. El cuidado necesario. Madrid: Trotta, 2012.

44. Boixareu R M. De la Antropología filosófica a la Antropología de la salud. Barcelona: Herder, 2008.

45. Bon H. La muerte y sus problemas. Madrid: Fax, 1950.

46. Bonanno G A. Grief and emotion: A social-functional perspective. In Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington: M S Stroebe, 2001.

47. Bonilla A B. ¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad. En: Losoviz A I, Vidal D A, Bonilla A. Bioética y Salud Mental. Intersecciones y dilemas. Buenos Aires, Akadia, 2006; 77-88.

48. Borges J L. El Aleph. Madrid: Alianza, 1997.

49. Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós, 1997.

50. Bowlby J. Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata, 2006.

51. Brennan R E. Psicología general. Madrid: Morata, 1969.

52. Bristow P. The moral dignity of man. Dublín: Four Courts Press, 1993.

53. Brusco A. Humanización de la asistencia al enfermo. Santander: Sal Terrae, 1998.

54. Brykczynski K. Modelos y teorías en Enfermería. Barcelona: Edide, 2005.

55. Buber M. ¿Qué es el hombre? México: Fondo de Cultura Económica, 1973.

56. Buendía J. Familia y psicología de la salud. Madrid: Pirámide, 1999.

57. Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010.

58. Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009.

59. Burgos J M. El personalismo. Madrid: Palabra, 2000.

60. Burgos J M. Reconstruir la persona. Madrid: Palabra, 2009.

61. Buttiglione R. El pensamiento de Karol Wojtyla. Madrid: Encuentro, 1992.

62. Burnard P, Chapman C. Professional and Ethical Issues in Nursing. England: Bailliere Tindall, 2003.

63. Byron G. Medicina, racionalidad y experiencia. Barcelona: Bellaterra, 2003.

64. Cabodevilla I. Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014.

65. Cabodevilla I. Las reacciones de duelo. En: Die Trill M. Psico-oncología. Madrid: Ades, 2003; 647-657.

66. Calvo S. Educación para la Salud en la Escuela. Madrid: Díaz de Santos, 1992.

67. Cañas J L. De la deshumanización a la rehumanización. Pensamiento y Cultura, 2010; 13(1): 67-79.

68. Cañas J L. Escuela de rehumanización. San José de Costa Rica: Fucopre, 2014.

69. Cañas J L. La idea de rehumanización, clave existencial para la Filosofía de la historia futura. Madrid: Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 2000; 17: 167-194.

70. Cañas J L. ¿Renacimiento del personalismo? Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 2001; 18: 151-176.

71. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.

72. Cárdenas R. Autonomía de la voluntad y reproducción asistida. Consensus, 2014; 2(19): 73-90.

73. Carrillo Algarra A J, García Serrano L, Cárdenas Orjuela C. La Filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enfermería Global, 2013; 12(32): 346-361.

74. Cassell E J. The nature of suffering and the goals of medicine. NewYork: Oxford University Press, 1991.

75. Castilla B. Cultura, naturaleza y persona: género y estructura personal. En Aparisi A. Persona y género. Pamplona: Aranzadi, 2011.

76. Castilla B. Persona femenina, persona masculina. Madrid: Rialp, 1996.

77. Castilla B. Persona y género. Barcelona: Eiunsa, 1997.

78. Castilla Del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets, 2000.

79. Cayuela A. Vulnerables. Pensar la fragilidad humana. Madrid: Encuentro, 2005.

80. Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009.

81. Cibanal L, Arce M C. La relación enfermera/paciente. Alicante: Universidad de Alicante, 1991.

82. Ciccone L. Bioética. Historia, principios, cuestiones. Madrid: Palabra, 2005.

83. Clément O. Sobre el hombre. Madrid: Encuentro, 1983.

84. Copleston F. Historia de la Filosofía (vols. I-IV). Barcelona: Ariel, 1984.

85. Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985.

86. Crosby J F. La interioridad de la persona humana. Madrid: Encuentro, 2007.

87. Chapman C R, Gravin J. Suffering and its relationship to pain. Montreal: Journal of Palliative Care, 1993; 9: 5-13.

88. Chase S. Response to "the concept of nursing presence: State of the science." Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 2001; 15(4): 323-327.

89. Chaves Á. Tomé J D. Castillo S. La ruptura sentimental. Del amor al duelo. Jaén: Formación Alcalá, 2012.

90. Choza J. Manual de Antropología filosófica. Madrid: Rialp, 1989.

91. d'Ors P. Biografía del silencio. Madrid: Siruela, 2012.

92. Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza, 2013.

93. De Santiago M. Las virtudes en Bioética Clínica. Cuadernos de Bioética, 2014; 25(1): 75-91.

94. de Unamuno M. Diario íntimo. Madrid: Alianza, 2006.

95. Descamps M A. El lenguaje del cuerpo y la comunicación corporal. Bilbao: Deusto, 1992.

96. Descartes R. Meditatationes de prima philosophia. Oeuvres philosophiques (Tomo II). París: Garnier Frères, 1967.

97. Devers T. Aprender a comunicarse mejor. Expresión no verbal, actitudes y comportamientos. Buenos Aires: Grijalbo, 1990.

98. Díaz C. Emmanuel Mounier. Madrid: Palabra, 2000.

99. Díaz Aguilar P, Mézcua Navarro S, Canales Molina J, Romero García P J. Manual CTO de Enfermería. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 2007.

100. Dochterman J, Bulechek G. Nursing Interventions Classification. Madrid: Elsevier, 2004.

101. Doona M, Haggerty L, Chase S. Nursing presence: An existential exploration of the concept. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 1997; 11(1): 3-16.

102. Doona M, Chase S, Haggerty L. Nursing presence: As real as a milky way bar. Journal of Holistic Nursing, 1999; 17(1): 54-70.

103. Dworkin R. Life's dominion: an argument about abortion, eutanasia and individual freedom. En: Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.

104. Ebner F. La palabra y las realidades espirituales. Madrid: Caparrós, 1995.

105. Engel G. Grief and grieving. American Journal of Nursing, 1964; 64: 93-98.

106. Engelhardt H T. Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós, 1995.

107. Feito Grande L. Ética profesional de la Enfermería: Filosofía de la Enfermería como Ética del cuidado. Madrid: PPC, 2000.

108. Feldman R. Cuando mentimos. Barcelona: Urano, 2010.

109. Ferlic A. Existential approach in nursing. Nursing Outlook, 1968; 16(10): 30-33.

110. Fernández O. De la relación al encuentro terapéutico. Madrid: Psimática, 2011.

111. Fernández-Abascal E G. Emociones y salud. Barcelona: Ariel, 1999.

112. Ferrer U. ¿Qué significa ser persona? Madrid: Palabra, 2002.

113. Francois F. El lenguaje, la comunicación. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973.

114. Frankl V. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 2003.

115. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 1998.

116. Frankl V. La idea psicológica del hombre. Madrid: Rialp, 1999.

117. Finfgeld-Connett, D. Meta-synthesis of presence in nursing. Journal of Advanced Nursing, 2006; 55(6): 708-714.

118. Finfgeld-Connett, D. Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 2008; 19(3): 111-119.

119. Fulton R, Fulton J A. A psychosocial aspect of terminal care: Anticipatory grief. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 732.

120. Gabilondo Á. La vuelta del otro. Madrid: Trotta, 2001.

121. García A, Saéz J, Escarbajal de Haro A. Educación para la Salud: la apuesta por la calidad de vida. Madrid: Arán, 2000.

122. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010.

123. García Férez J. Diez palabras clave en humanizar la salud. Estella: Verbo Divino, 2001.

124. García López J. Estudios de Metafísica tomista. Pamplona: EUNSA, 1976.

125. García-Morato J R. Crecer, sentir, amar. Afectividad y corporalidad. Pamplona: EUNSA, 2002.

126. Gea A. Acompañando en la pérdida. Madrid: San Pablo, 2007.

127. Gehlen A. Antropología filosófica: del encuentro y descubrimiento del hombre por sí mismo. Barcelona: Paidós, 1993.

128. Gentles I. A Time to Choose Life. Women, Abortion an Human Rights. Toronto: Stoddart, 1990.

129. Germán Bes C, Moreno Azanar L, Tomás Aznar C. Escenarios de aprendizaje en educación para la salud en la diplomatura de Enfermería. Zaragoza: Trabajo Social y Salud 35, 2000.

130. Gevaert J. El problema del hombre: Introducción a la Antropología filosófica. Salamanca: Sígueme, 2003.

131. Gibson E. Elementos de Filosofía cristiana. Madrid: Rialp, 1970.

132. Godkin, J. Healing presence. Journal of Holistic Nursing, 2001; 19(1): 5-21.

133. Goffman E. The presentation of self in everyday life. New York: Doubleday, 1959.

134. Gómez M. Cómo dar malas noticias en Medicina. Madrid: Aran, 2006.

135. Gómez R. Las constantes humanas. Madrid: Encuentro, 2013.

136. González A M. Naturaleza y dignidad. Pamplona: EUNSA, 1996.

137. González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007.

138. González Pérez J. La dignidad de la persona. Madrid: Cívitas, 1986.

139. González R. Emmanuel Mounier y el existencialismo ateo. Persona y Bioética, 2010.

140. Gonzalo Sanz L M. Entre la libertad y determinismo. Madrid: Cristiandad, 2007.

141. Gordillo L. Ideología y Ética de la voluntad. Una base para la reflexión Bioética. Cuadernos de Bioética, 2015; 26(86): 51-65.

142. Green C. Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions. Nursing Philosophy, 2013; 14(4): 242-253.

143. Greenwood D. Relational care: learning to look beyond intentionality to the "non-intentional" in a caring relationship. Nursing Philosophy, 2007; 8(4): 223-232.

144. Grised G, Shaw R. Ser persona. Madrid: Rialp, 1993.

145. Grün A. El arte de envejecer. Madrid: San Pablo, 2013.

146. Guardini R. Ética. Madrid: BAC, 2010.

147. Guardini R. Las etapas de la vida. Madrid: Palabra, 2006.

148. Guardini R. Mundo y persona. Madrid: Encuentro, 2000.

149. Gudín M. Cerebro y afectividad. Pamplona: EUNSA, 2001.

150. Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramírez E. Duelo en Oncología. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2007.

151. Heidegger M. Interpretaciones sobre la poesía de Hölderlin. Barcelona: Ariel, 1983.

152. Heidegger M. Ser y tiempo. México: FCE, 1989.

153. Heluy C, De Faria T, Felipe R, Castelló M. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. Index de Enfermería, 2004; 13: 44-45.

154. Henry M. Filosofía y Fenomenología del cuerpo. Salamanca: Sígueme, 2007.

155. Hervada J. Lecciones propedéuticas de Filosofía del derecho. Pamplona: EUNSA, 1995.

156. Hervada J. Los derechos inherentes a la dignidad de la persona humana. Humana Iura, 1991; 1: 361-362.

157. Hesse H. Elogio de la vejez. Madrid: El Aleph, 2011.

158. Hessel J. Presence in nursing practice: A concept analysis. Holistic Nursing Practice, 2009; 23(5): 276-281.

159. Hewa S, Hetherington R. Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. Journal of Medical Ethics, 1990; 16(4): 179-184.

160. Hildebrand D. Actitudes morales fundamentales. Madrid: Palabra, 2003.

161. Hildebrand D. El corazón. Madrid: Palabra, 2009.

162. Hinton J. Experiencias sobre el morir. Barcelona: Ariel, 1974.

163. Hospital Ibáñez M, Guallart Calvo R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso Final de la Vida. Índex de Enfermería, 2004; 46(13): 49-53.

164. Husserl E. Invitación a la Fenomenología. Barcelona: Paidós, 1992.

165. James J W, Friedman R. Manual para superar pérdidas emocionales. Madrid: Los Libros del Comienzo, 2003.

166. Jaspers K. Filosofía (vol. I). Puerto Rico: Revista de Occidente, 1958.

167. Jaspers K. Psicopatología general. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

168. Jomain C. Morir en la ternura. Vivir el último instante. Madrid: San Pablo, 1994.

169. Jonas H. El principio vida. Madrid: Trotta, 2000.

170. Juan Pablo II. Carta Encíclica Fides et Ratio. Madrid: San Pablo, 1998.

171. Juan Pablo II. Carta Encíclica Veritatis Splendor. Madrid: Palabra, 1993.

172. Juan Pablo II. Exhortación apostólica Salvifici Doloris. Madrid: San Pablo, 1984.

173. Juan Pablo II. Hombre y mujer los creó. Madrid: Cristiandad, 2010.

174. Juan Pablo II. Varón y mujer. Teología del cuerpo. Madrid: Palabra, 1995.

175. Jung C J. Los complejos y el inconsciente. Madrid: Alianza, 1969.

176. Kant I. Fundamentación de la Metafísica de las costumbres. Madrid: Encuentro, 2009.

177. Kaplan H I, Sadock B I. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1992.

178. Kay Toombs S. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer, 1992.

179. Keidar D. Classroom Communication. Haifa: The UNESCO Chair in Bioethics, 2005.

180. Kingsley D. La sociedad humana. Buenos Aires: Universitaria, 1974.

181. Kissell J. The "vulnerability" quagmire in international research. En: Weisstub D N, Pintos G D. Autonomy and Human Rights in Health Care. Dordrecht: Springer, 2008; 331-340.

182. Kohut H. La restauración de sí mismo. Barcelona: Paidós, 1980.

183. Korber S F, Padula C, Gray J, Powell M. A breast navigator program: barriers, enhancers, and nursing interventions. Oncology Nursing Forum, 2011; 38(1): 44-50.

184. Kozier B, Erb G, Blais K. Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería. México: McGraw-Hill, 1995.

185. Kübler-Ross E. La muerte: un amanecer. Barcelona: Luciérnaga, 2008.

186. Kübler-Ross E. Vivir hasta despedirnos. Barcelona: Luciérnaga, 1991.

187. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969.

188. Kübler-Ross E. Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010.

189. Lacasta M A, Sastre P. El manejo del duelo. En: M Die, López E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades, 2000; 491-506.

190. Laín Entralgo P. El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible Antropología médica. Madrid: Moneda y Crédito, 1968.

191. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela, 2003.

192. Laín Entralgo P. Teoría y realidad del otro. Madrid: Alianza Editorial, 1983.

193. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. Ottawa: Dept. of National Health and Welfare. Government of Canada, 1974.

194. Laso F J. Patología General. Barcelona: Masson, 2005.

195. Lazarus R S. Estrés y emoción. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006.

196. Lévinas E. Dios, la muerte y el tiempo. Madrid. Cátedra, 2008.

197. Lévinas E. Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad. Salamanca: Sígueme, 2006.

198. Levinson J. Aesthetics and Ethics. Essays at the Intersection. UK: Cambridge University Press, 2001.

199. Lewis C S. El problema del dolor. Madrid: Rialp, 2006.

200. Lewis C S. Los cuatro amores. Madrid: Rialp, 1991.

201. Lindemann E. Simptomatology and management of Acute Grief. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 732.

202. Lomonosov B F. El problema de la comunicación en Psicología. La Habana: Ciencias Sociales, 1989.

203. López Aranguren J L. Ética. Madrid: Biblioteca Nueva, 2003.

204. López E, Die M. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ades, 2000.

205. López Guzmán J. Integridad en el ámbito profesional sanitario. Granada: Comares, 2013.

206. López Guzmán J. La comunicación interpersonal en salud: la comprensión médico-paciente. En: Medina P, González A. Comunicación de la salud: una aproximación multidisciplinar. Madrid: Fragua, 2010; 153-164.

207. López Guzmán J. Reflexiones sobre la rehumanización de la sanidad. Libro homenaje al prof. Ballesteros. En imprenta.

208. López Ibor J J. La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo, 1950.

209. López Moratalla N. Cerebro de mujer y cerebro de varón. Madrid: Rialp, 2007.

210. López Quintás A. Inteligencia creativa. Madrid: BAC, 2002.

211. López Sánchez F. Amores y desamores. Madrid: Biblioteca nueva, 2009.

212. Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008.

213. Llano A. Deseo y amor. Madrid: Encuentro, 2013.

214. Llano A. El futuro de la libertad. Pamplona: EUNSA, 1985.

215. Llano A. La vida lograda. Barcelona: Ariel, 2009.

216. Llano C. Examen filosófico del acto de la decisión. Pamplona: EUNSA, 2010.

217. MacIntyre A. Animales racionales y dependientes. Barcelona: Paidós, 2001.

218. Malo A. Antropología de la afectividad. Pamplona: EUNSA, 2004.

219. Marcel G. Filosofía concreta. Madrid: Rev. de Occidente,1959.

220. Marchesi P L. Por un hospital más humano. Madrid: Paulinas, 1986.

221. Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970.

222. Marías J. Introducción a la Filosofía. Madrid: Alianza, 1981.

223. Marías J. La educación sentimental. Madrid: Alianza, 1993.

224. Marías J. La felicidad humana. Madrid: Alianza, 1989.

225. Marías J. La mujer y su sombra. Madrid: Alianza, 1986.

226. Marías J. Mapa del mundo personal. Madrid: Alianza, 1994.

227. Marías J. Persona. Madrid: Alianza, 1996.

228. Marina J A. El laberinto sentimental. Madrid: Anagrama, 1996.

229. Maritain J. Distinguir para unir o los grados del saber. Buenos Aires: Club de lectores, 1968.

230. Maritain J. La intuición creadora en el arte y en la poesía. Madrid: Palabra, 2005.

231. Maritain J. Los derechos del hombre. Madrid: Palabra, 2001.

232. Marmot M. Historical perspective: the social determinants of disease-some blossoms. Epidemiologic Perspectives & Innovations, 2005; 2: 4.

233. Martí M A. El encuentro. Madrid: Eiunsa, 2004.

234. Martínez C L. Clínica Propedéutica Médica. México: Méndez Cervantes, 2002.

235. McGuire L. Dolor. En: Beare-Myers. Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid: Elsevier, 1999; 62-88.

236. McMahon M A. Christopher K A. Toward a Mid-Range Theory of Nursing Presence. Nursing Forum, 2011; 46(2): 71-82.

237. Megías Quirós J J. Manual de derechos humanos. Pamplona: Aranzadi, 2006.

238. Melendo T. El verdadero rostro del amor. Madrid: Eiunsa, 2006.

239. Melendo T. La dignidad de la persona. En: Polaino A. Manual de Bioética general. Madrid: Rialp, 1994; 59-69.

240. Melendo T. Las dimensiones de la libertad. Anuario Filosófico, 1993; 27: 583-602.

241. Melendo T. Las dimensiones de la persona. Madrid: Palabra, 1999.

242. Melendo T, Millán L. Dignidad: ¿una palabra vacía? Pamplona: EUNSA, 1996.

243. Melia K M. Everyday Nursing Ethics. Basingstoke: Macmillan, 1989.

244. Meran J G. Quality and value of life. UK: CMQ, 1997.

245. Merino Rodríguez S. Diseñados por la enfermedad. Madrid: Síntesis, 2013.

246. Millán-Puelles A. El valor de la libertad. Madrid: Rialp, 1995.

247. Millán-Puelles A. La estructura de la subjetividad. Madrid: Rialp, 1967.

248. Millán-Puelles A. La libre afirmación de nuestro ser. Madrid: Rialp, 1994.

249. Millán-Puelles A. Léxico Filosófico. Madrid: Rialp, 1984.

250. Millán Puelles A. Persona humana y justicia social. Madrid: Rialp, 1978.

251. Millán-Puelles A. Sobre el hombre y la sociedad. Madrid: Rialp, 1976.

252. Monge M A. Ética, salud, enfermedad. Madrid: Palabra, 1991.

253. Montagu A. El tacto. Barcelona: Paidós, 2004.

254. Mounier E. El personalismo. Madrid: Acción Cultural Cristina, 1997.

255. Mounier E. Mounier en Esprit. Madrid: Caparrós, 1997.

256. Mounier E. Revolución Personalista y Comunitaria. En Díaz C. Emmanuel Mounier. Madrid: Palabra, 2000; 254.

257. Muñoz A, Morales I, Bermejo J C, Galán J M. La relación de ayuda en Enfermería. Índex de Enfermería, 2014; 23(4): 229-233.

258. Murillo de la Vega S. La invisibilidad del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. Madrid: Política y sociedad, 2000; 35: 74-75.

259. Murillo J I, Giménez-Amaya J M. Diccionario de Filosofía. Pamplona: EUNSA, 2010.

260. Myers D G. Psicología. Buenos Aires: Panamericana, 1990.

261. Neimeyer R A. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós, 2002

262. Nussbaum M. El conocimiento del amor. Madrid: Antonio Machado, 2005.

263. Nussbaum M. Emociones políticas. Barcelona: Paidós, 2014.

264. Obra Social Fundación La Caixa. Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Barcelona: Fundación La Caixa, 2008.

265. O'Connor N. Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. México: Trillas, 2002.

266. Olsen J, Christensen K, Murray J, Ekbom A. An introduction to Epidemiology for Health Professionals. New York: Springer, 2010.

267. OMS. Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Ginebra: 30a Asamblea Mundial de la Salud, 1977.

268. Ollero A. Derecho y Moral, implicaciones actuales: a modo de introducción. Persona y Derecho, 2009; 61: 17-31.

269. Ortega y Gasset J. El hombre y la gente. Madrid: Alianza, 2010.

270. Ortega y Gasset J. Estudios sobre el amor. Madrid: Espasa, 1984.

271. Ortega y Gasset J. Historia como sistema. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.

272. Ortega y Gasset J. Meditación sobre la técnica. Madrid: Santillana, 1997.

273. Ortega y Gasset J. Obras completas. Madrid: Alianza, 1983.

274. Ortiz Lluesa E. Bioética personalista y Bioética utilitarista. Cuadernos de Bioética, 2013; 24: 58-65.

275. Osterman P, Schwartz-Barcott D, Asselin M E. An Exploratory Study of Nurses' Presence in Daily Care on an Oncology Unit. Nursing Forum, 2010; 45(3): 197-205.

276. Pagola J A. Id y curad. Madrid: PPC, 2004.

277. Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Madrid: Paulinas, 1993.

278. Pangrazzi A. ¿Por qué a mí? El lenguaje sobre el sufrimiento. Madrid: San Pablo, 2007.

279. Pardo A. Cuestiones básicas de Bioética. Madrid: Rialp, 2010.

280. Parfit D. Reasons and Persons. Oxford: Claredon, 1984.

281. Parkes C M. Psychosocial transitions: a field for study. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. Madrid: Panamericana, 2007; 730.

282. Parkes C M. Psychosocial transitions: a field for study. Social Science and Medicine, 1971; 5: 101-115.

283. Pascal B. Pensamientos. Madrid: Alianza, 1986.

284. Pease A, Pease B. El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Amat, 2006.

285. Pellegrino E. The physician's conscience, conscience clauses, and religion belief: a catholic perspective. Fordham Urban Law Journal, 2002; 30(1): 221-244.

286. Pellegrino E D, Thomasma D C. Virtue-based ethics: natural and theological. En: Pellegrino E D, Thomasma D C. The Christian Virtues in Medical Practice. Washington D C: Georgetown University Press, 1996; 6-28.

287. Pérez Díez del Corral M. El significado del respeto en la relación entre la enfermera y la persona enferma. (Tesis doctoral no publicada). Pamplona: Universidad de Navarra, 2012.

288. Pérez Herranz F M. ¿Podemos cambiar? Determinismo y libre albedrio. Eikasia, 2007; 13: 1-28.

289. Piedrola G. Medicina preventiva y Salud Pública. Madrid: Elsevier, 2005.

290. Pieper J. Las Virtudes fundamentales. Madrid: Rialp, 2003.

291. Pieper J. Muerte e inmortalidad. Barcelona: Herder, 1970.

292. Piqueras J A, Martínez A E, Ramos V, Rivero R, García L J, Oblitas L A. Ansiedad, Depresión y Salud. Suma Psicológica, 2008; 5: 43-74.

293. Poblete T M. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulista de Enfermagem, 2007; 20(4): 499-503.

294. Poletti R. Cómo crecer a través del duelo. Barcelona: Obelisco, 2004.

295. Polo L. La esencia del hombre. Pamplona: EUNSA, 2011.

296. Polo L. Persona y libertad. Pamplona: EUNSA, 2007.

297. Polo L. Personas. Pamplona: EUNSA, 2010.

298. Polo L. Presente y futuro del hombre. Madrid: Rialp, 1993.

299. Porta M. A Dictionary of Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2008.

300. Preston J. Superar el dolor emocional. Bilbao: Mensajero, 1998.

301. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Oncología, 2005; 28: 139-143.

302. Raile M. Nursing Theorists and their work. Michigan: Elsevier, 2014.

303. Rahner K. El sentido teológico de la muerte. Barcelona: Herder, 2010.

304. Revet T. La dignité de la personne humanine. París: Economica, 1999.

305. Rodríguez Luño A, López Mondéjar R. La fecundación "in vitro". Madrid: Palabra, 1986.

306. Rof Carballo J. Cerebro interno y mundo emocional. Barcelona: Labor, 1952.

307. Rogers C R. The process equation of psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 1961; 15: 27-45.

308. Rojas Posada S. El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo. Buenos Aires: Granica, 2005.

309. Rubiales M H, Portillo R M, Rodrigo F. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. México: MacMillan Professional, 2008.

310. Ruiz de la Peña J L. La otra dimensión. Santander: Sal Terrae, 1986.

311. Russo F. La persona umana. Roma: Armando, 2000.

312. San Martin V. Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1988.

313. San Martin H. Salud y enfermedad. México: La prensa médica, 2008.

314. Santos Hernández A M. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de Bioética, 2003; 50: 41-54.

315. Saracíbar M. Acerca de la naturaleza de la relación entre la enfermera y la persona enferma. Comprender su significado. (Tesis doctoral no publicada). Pamplona: Universidad de Navarra, 2009.

316. Sarráis F. Análisis psicológico del hombre. Pamplona: EUNSA, 2011.

317. Scheler M. Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético. Madrid: Caparrós, 2001.

318. Scheler M. Muerte y supervivencia. Madrid: Encuentro, 2001.

319. Schmitz K L. The Gift: Creation. Milwaukee: Marquette University Press, 1982.

320. Schulz von Thun F. El arte de conversar. Barcelona: Herder, 2012.

321. Segura C. La dimensión reflexiva de la verdad. Una interpretación de Tomás de Aquino. Pamplona: EUNSA, 1991.

322. Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011.

323. Sgreccia E. Manual de Bioética. México: Diana, 1996.

324. Sgreccia E. Persona humana y personalismo. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(80): 115-123.

325. Simón P. El consentimiento informado: alianza y contrato, deliberación y decisión. En: Couceiro A. Ética en cuidados paliativos. San Sebastián: Triacastela, 2004.

326. Singer P. Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra Ética tradicional. Barcelona: Paidós, 1997.

327. Smith M. Integrative review of research related to Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness. Advances in Nursing Science, 2011; 24(3): 256-272.

328. Spaemann R. Felicidad y benevolencia. Madrid: Rialp, 1990.

329. Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989.

330. Spaemann R. Personas. Acerca da la distinción entre "algo" y "alguien". Pamplona: EUNSA, 2000.

331. Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 1996.

332. Stefanini L. Personalismo sociale. Roma: Studium, 1979.

333. Stein E. Ciencia de la Cruz. Burgos: Monte Carmelo, 2006.

334. Stein E. El problema de la empatía. Madrid: Trotta, 2004.

335. Stein E. La estructura de la persona humana. Madrid: BAC, 1998.

336. Steiner G. Presencias reales. Barcelona: Destino, 1991.

337. Tavernier S. An evidence-based conceptual analysis of presence. Holistic Nursing Practice, 2006; 20(3): 152-156.

338. Taylor C. Ética de la autenticidad. Barcelona: Paidós, 1994.

339. Thielicke H. Esencia del hombre. Barcelona: Herder, 1985.

340. Thompson I, Melia K, Boyd K. Nursing Ethics. UK: Churchill Livingstone, 1994.

341. Tomás de Aquino. Suma Teológica (Vol. II). Madrid: BAC, 2010.

342. Torralba i Roselló F. Ética del cuidar. Madrid: Mapfre, 2002.

343. Tortora G J, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. México: Médica Panamericana, 2006.

344. Tschudin V. Ethics in Nursing. London: Heinemann Nursing, 1986.

345. Vaamonde L M. Técnicas de comunicación hoy. Madrid: MacGraw-Hill, 1993.

346. Vaillot M C. Existentialism: A philosophy of commitment. American Journal of Nursing, 1966; 66(3): 500-505.

347. Vicente J. El horror de morir. Barcelona: Tibidabo, 1992.

348. Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993.

349. Vielva J. Ética profesional de la Enfermería. Bilbao: Descleé De Bouwer, 2007.

350. Vilas B. Leer la mente…o casi. Madrid: Anaya, 2014.

351. Waldow V R. Cuidar, expressao humanizadora da enfermagen. Petrópolis: Vozes, 2006.

352. Walter J J, Shannon T. Quality of life. New Jersey: Paulist Press, 1990.

353. Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1993.

354. Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder, 1989.

355. Wesley R L. Teorías y modelos de Enfermería. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997.

356. Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 1982.

357. Wojtyla K. Amor y responsabilidad. Madrid: Palabra, 2008.

358. Worden J W. El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.

359. Yarza I. Introducción a la estética. Pamplona: EUNSA, 2004.

360. Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996.

361. Zarranz J J. Neurología. Madrid: Hancourt Brace, 1998.

362. Zuanazzi G. L'etá ambigua. Paradossi, risorse e turbamenti dell'adolescenza: Brescia: La Scuola, 1995.

363. Zubiri X. El hombre y Dios. Madrid: Alianza, 2013.

364. Zubiri X. El hombre y la verdad. Madrid: Alianza, 1966.

365. Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza, 2006.

366. Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza, 1986.

367. Zubiri X. Sobre el sentimiento y la volición. Madrid: Alianza, 1993.

368. Zurro M A, Cano P J. Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona: Elsevier, 2008.

369. Zyblock D M. Nursing Presence in Contemporary Nursing Practice. Nursing Forum, 2010; 45(2): 120-124.

ANEXOS

11. ANEXOS

11.1. ANEXO I: PRESENTACIÓN DEL POSTER "LA PRESENCIA INTENCIONAL EN ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA" EN EL IX CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA: "EL LENGUAJE UNIVERSARL DE LA BIOÉTICA".

LA PRESENCIA INTENCIONAL EN ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA

Monge Moreno, J. T.; López Guzmán, J.; Saracíbar Razquin, M. I.
Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la vida, la persona experimenta diferentes momentos y circunstancias que lo llevan al sufrimiento, a la angustia y a la sensación de vacío y soledad. Así pues, cuando se produce esta desalentadora realidad, la presencia de otro ser humano puede ser bálsamo para mitigar y aliviar dicho malestar. Pero... ¿qué significa "presencia"? ¿En qué afecta dicho concepto a la Enfermería? Resulta complicado dar una definición clara y precisa ya que se trata de un concepto complejo e impreciso. Con frecuencia se confunde con otros conceptos, tales como cuidado, empatía, apoyo, etc. Por ello, es necesario delimitar el concepto y determinar su influencia en la práctica enfermera.

OBJETIVOS

Estudiar desde la bioética el concepto de "presencia" en Enfermería.

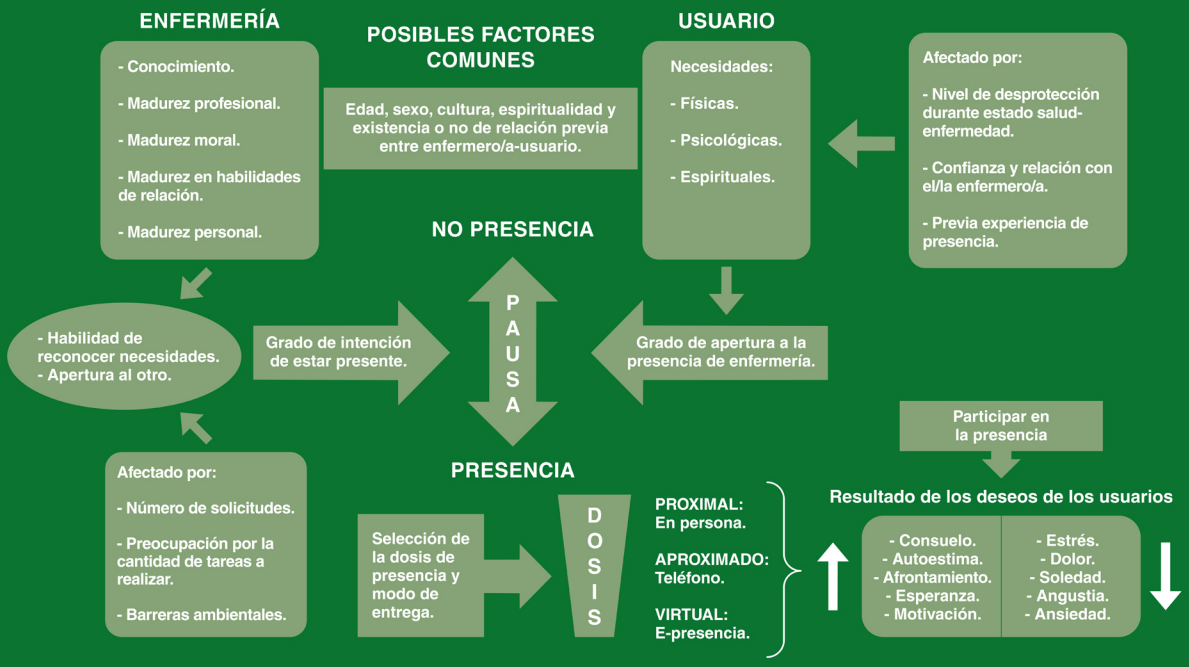
MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda en PubMed y revisión bibliográfica de los artículos hallados entorno al concepto de "presencia" en Enfermería.

RESULTADOS

El concepto de "presencia" se define como un proceso interpersonal que se caracteriza por el diálogo, el compromiso, la plena participación, la apertura, la atención fluida y la trascendente unidad entre dos personas (Smith, 2011). Aplicando dicho concepto al campo de la Enfermería, la "presencia" se entiende como una intervención consistente en "estar con el otro, tanto física, psicológica como espiritualmente, en momentos de necesidad" (Dochterman & Bulechek, 2004, p. 580).

DESARROLLO DE LA TEORÍA DE LA PRESENCIA EN ENFERMERÍA (McMahon, 2011)



DISCUSIÓN

Desde el punto de vista de enfermería, durante el proceso, con conciencia (esto es, siendo conocedor de la realidad y habiendo adquirido la madurez en el plano profesional, moral, personal y de relación) e intención, el/la enfermero/a elige la dosis de presencia que puede ofrecer en ese momento. La cantidad de ésta depende de una amalgama de complejos factores relacionados con:

- El usuario: las expectativas y necesidades del paciente determinan la solicitud y nivel de presencia necesaria durante el encuentro. Para que esto se dé ha de haber sinceridad, confianza, buena relación con el/la enfermero/a y determinar el nivel de vulnerabilidad que se percibe durante el estado de salud-enfermedad.
- El binomio enfermero/a-paciente: variables como la edad, el sexo, la cultura, la espiritualidad y la existencia o no de una relación profesional previa entre enfermero/a-usuario pueden determinar el grado de aceptación de la presencia.
- Los factores ambientales: las decisiones prácticas de un/a enfermero/a están muy influenciadas por las condiciones de trabajo, la filosofía de gestión y por el espacio físico, afectando así a la presencia. También, el tiempo limitado pone potencialmente en peligro la atención al paciente. Por último, es importante asumir el reto de cumplir con las tareas tecnológicas sin descuidar las preocupaciones psicológicas y espirituales.
- Las consideraciones prácticas: Se produce un impacto de la voluntad enfermera cuando ésta decide intencionalmente comprometerse con un usuario y extender la atención más allá de sus tareas (Godkin, 2001). Para llegar a este punto, antes ha tenido que producirse una "pausa" en la que el/la enfermero/a, influenciado por el grado de intención de estar presente, ha considerado la compleja interacción de las necesidades del paciente, su propia capacidad y los factores ambientales que determinarán la dosis final de presencia entregada.

La intención a conciencia de enfermería a participar (Ferlic, 1968), su nivel de compromiso (Doona et al., 1997; Vaillot, 1966) y su libre disponibilidad (Doona et al., 1999) son las influencias más persuasivas en una dosis eventual de presencia prestada.

CONCLUSIONES

- Las conclusiones extraídas de esta revisión bibliográfica sugieren que ha de haber una mayor profundización en el estudio del concepto de "presencia".
- Es muy conveniente que en las Facultades de Enfermería se fomente la capacidad de los alumnos/as de asimilar la interacción con el usuario junto con habilidades técnicas de relación y presencia.
- Es importante, además, que los estudiantes de Enfermería realicen actividades de reflexión que permitan deconstruir el complejo proceso por el cual un/a enfermero/a determina la dosis adecuada y el modo de entrega de la presencia.

11.2. ANEXO II: PUBLICACIÓN EN LA REVISTA "CUADERNOS DE BIOÉTICA" EL ARTÍCULO "PRESENCIA INTENCIONAL EN ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA".

LA PRESENCIA INTENCIONAL EN ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA

JESÚS TOMÁS MONGE MORENO
Residencia para enfermos de Alzheimer y otras demencias Can Blai
Rotonda San Carlos-Es Canar S/N. 07840,
Santa Eulalia del Río, Ibiza, Islas Baleares.
mongemorenojesus@gmail.com

Resumen

Para que se produzca un encuentro real, pleno y satisfactorio entre dos personas, lo más importante que ha de producirse es una concienciación de lo hay ante sus ojos, esto es, OTRA PERSONA, con todas sus circunstancias y experiencias vivenciales que lo van configurando (alegrías, satisfacciones, tristezas, angustias, enfermedades, etc.).

Sin embargo, uno de los grandes problemas del ser humano radica en vislumbrar la realidad desde su propio prisma, sin salir de sí hacia el otro. Esto conduce a un ensimismamiento, entendiendo el mundo y a los demás seres humanos desde una perspectiva œnica e individual de la realidad, haciendo de ella algo simple y subjetivo, y dando lugar en muchas ocasiones a la variación de un discurso donde el valor de una acción y/o una persona lo determina el mismo sujeto que realiza dicho juicio. Inevitablemente, esta manera de entender la realidad conduce a relativizar los hechos y a las personas en base a la propia conciencia y a la propia moral. Y si éstas no están bien formadas y no se pone de relieve lo más importante, que es la persona en sí, el problema será mayor.

En las profesiones sanitarias, y sobre todo en el terreno de la enfermería, esta cuestión es de mayor trascendencia ya que el encuentro que se produce entre un/a enfermero/a y una persona enferma es mucho más complejo e intrincado pues en ese encuentro no sólo están presentes dos personas desconocidas y diferentes sino que, además, está toda la problemática de la enfermedad, del sufrimiento, etc.

Por ello, la primera parte de la comunicación se ocupa de **la persona, el sufrimiento, las relaciones y el ámbito sanitario.** Es trascendental preguntarse acerca del ser humano, de cómo se ve afectado cuando aparece una enfermedad o alguna dolencia y de cómo se refleja todo ello en las relaciones humanas, ya sea consigo mismo, con su familia o con el personal sanitario.

La segunda parte se centra específicamente en el concepto **"presencia intencional" y** de su importancia para la reflexión bioética. Dicho concepto se puede definir como la oportunidad que tiene el/la enfermero/a para presenciar la expresión verbal y no verbal de la persona enferma y también para desgranar las respuestas que allí se pueden vislumbrar, haciendo que sea él el/la protagonista de ese encuentro y poder conseguir que encuentre confort y verdad. Y es que "la auténtica presencia entre el paciente y la enfermera es una transformación para ambos" (Chase, 2001, p.323).

Palabras clave

Persona, relación, sufrimiento, enfermería, presencia intencional.

11.3. ANEXO III: PUBLICACIÓN EN LA REVISTA “LUMEN” EL ARTÍCULO “LA IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA REHUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA”.

Monge J, López J. La importancia de la presencia internacional en la rehumanización de la asistencia sanitaria. Lumen: revista de la Facultad de Derecho. Enero-diciembre 2015, (11), 47-58.