



EUNSA | Astrolabio

La Presencia Intencional en la asistencia sanitaria

Jesús Tomás Monge Moreno

LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA

JESÚS TOMÁS MONGE MORENO

EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S.A.
PAMPLONA

I. INTRODUCCIÓN

Para que exista un encuentro real, pleno y satisfactorio entre dos personas, lo primero y fundamental que ha de producirse es una concienciación de lo que cada una de ellas tiene ante sí, esto es, a otra persona. Efectivamente, son dos personas que se encuentran, con sus ilusiones, anhelos, inquietudes, preocupaciones, sufrimientos, etc. En definitiva, con sus circunstancias y experiencias vivenciales que las van moldeando en el transcurso de la vida.

Ahora bien, ese encuentro puede verse truncado si cualquiera de las personas implicadas experimenta la realidad que tiene frente a sí desde su propio punto de vista y se queda ahí. Efectivamente, uno de los principales problemas de cualquier relación (aparte de no saber relacionarse, el problema de la comunicación, la aparición de ciertos sentimientos, como vergüenza o pavor por emprender un diálogo, etc.) surge cuando se pretende entender a la otra persona desde una perspectiva única, convirtiendo ese pensamiento y ese conocimiento en algo simple, sin tratar siquiera de ponerse en el lugar del otro ni intentar entender su vida y su posición frente a las cosas, llegando inevitablemente a relativizarlo absolutamente todo y, en consecuencia, quedándose en el conocimiento más superficial de la persona que tiene enfrente.

Si, de por sí, emprender una relación ya se muestra así de intrincado, en las profesiones sanitarias las cuestiones relacionadas con el encuentro entre el agente sanitario y el paciente (y, probablemente también, su familia) tiene mayor complejidad. Y es que es importante advertir que cualquier persona que acude a un hospital, a un centro de salud, a una residencia, etc. lo hace de manera forzada por la situación y las circunstancias, esto es, porque no queda más remedio. Por tanto, el encuentro entre el profesional sanitario y la persona enferma (y posiblemente también su familia) se realizará de manera obligada, casi «impuesta» por la situación de enfermedad, de incapacidad, de vulnerabilidad, de duelo, etc. Dicho encuentro, se producirá entre personas posiblemente desconocidas, diferentes entre sí (por la edad, el sexo, la cultura, la espiritualidad, etc.), en un ambiente desconocido (en un hospital, en un centro de salud, en una residencia, etc.), y cuyas circunstancias las obliga a entenderse, una para prevenir la enfermedad, para salvar la vida o para paliar la dolencia, y la otra para desempeñar óptimamente su trabajo y así realizarse como profesional.

A su vez, es imprescindible señalar que existen numerosos factores que deshumanizan las profesiones sanitarias, impidiendo que se dé con satisfacción una relación verdaderamente humanizadora y reconfortante con el sujeto doliente. Entre ellas, cabe destacar la falta de aprendizaje y de práctica en habilidades de comunicación; el auge de los valores del progreso científico, la eficiencia y la competitividad; la dinámica asistencial y la orientación predominantemente biologicista, que sitúa los aspectos humanos de la profesión en un segundo plano; la propia hospitalización, los factores organizativos y estructurales, etc.

Dicho esto, todo hace indicar que cualquier relación que se dé entre el profesional sanitario (y el equipo asistencial) y el paciente (y su familia) está abocada de antemano al fracaso. Sin embargo, ¡esto no es así! Para solucionar la evidente deshumanización en las relaciones sanitarias y buscar así un impulso lo suficientemente potente que contribuya a la rehumanización de las mismas se propone la Presencia Intencional. Ésta consiste en una forma de relación que se da entre el profesional sanitario (y equipo asistencial) y el paciente (y su familia) en cuyo encuentro se reconocen mutuamente en dignidad, buscando alcanzar conjuntamente el bien propio y el ajeno.

Después de lo expuesto anteriormente, lo que se pretende conseguir con este libro es, en primer lugar, repensar el concepto de Presencia Intencional desde sus orígenes, esto es, desde la persona y su dignidad. Acto seguido, se profundizará en todo lo referente a la enfermedad, la vulnerabilidad y el duelo como realidades con las cuales tanto el profesional sanitario como el paciente tienen que lidiar diariamente y donde la Presencia Intencional está fuertemente implicada. Precisamente, desde esa implicación, se construirá dicho concepto, desde un corte personalista. Seguidamente, se abordarán los elementos constituyentes de la persona que intervienen, de modo significativo, para que tenga lugar esta forma específica de relación (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 indagará en aquellos aspectos que deshumanizan la profesión sanitaria y se estudiará si la implantación de la Presencia Intencional puede ayudar a rehumanizarla. Finalmente, se expondrán las conclusiones.

II. ACERCARSE AL SEMEJANTE

En el ámbito sanitario, se observa como cualquier profesional asistencial desempeña sus funciones, toma las decisiones pertinentes y lleva a cabo las actuaciones correspondientes para prevenir una dolencia, curar una enfermedad o buscar el confort necesario en el desenlace final de la vida del paciente, acompañándole en todo momento en su proceso de salud-enfermedad. Ahora bien, se atisba que el modo de desempeñar la profesión asistencial dependerá sobremanera de la concepción que se tenga de los conceptos de *persona* y *dignidad*.

Dicho esto, cabe señalar que este capítulo no pretende abordar en profundidad dichos conceptos ya que acometerlos en ese sentido excede del objetivo principal de este libro. 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 este escrito. 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.

1. ¿Qué se entiende por persona?

Las preguntas entorno a la persona abren un mundo entero de reflexiones. La primera de ellas es acerca del significado mismo del concepto¹. En la experiencia cotidiana y en el lenguaje ordinario se vislumbran diferentes manifestaciones que esbozan el término *persona*². Jurídicamente, se entiende como alguien que es sujeto de deberes y derechos³. 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 medio⁴. En definitiva, la sociedad le confiere a dicho concepto diversidad de significados. Sin embargo, cabe resaltar que, en este libro, el concepto de persona⁵ parte de una concepción personalista⁶, considerando a ésta como un ser moral, capaz de relacionarse, libre, abierta al amor, trascendente, social, comunitaria y con un valor⁷ en sí mismo inconmensurable.

Dicho esto, es importante ahora señalar los aspectos del concepto *persona* más significativos⁸:

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 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 es⁹.

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 hace referencia la inmediatez. No es necesario tener que acreditar capacidades ni rendimientos ya que la acreditación de capacidades se requiere para roles o funciones, pero no para ser considerado persona¹⁰.

c) **Yo.** El *yo* es el principio unificador, de modo que los actos¹¹ de la persona no son aislados, sino que forman una trayectoria, una biografía, una historia.

d) **Interioridad.** Designa ser uno mismo¹², 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.

e) **Singularidad.** La interioridad que caracteriza a cada persona hace de todo individuo humano un ser singular, único e irrepetible. Ésta no puede ser sustituida o representada por nada ni por nadie. «Una persona no puede ser sustituida por algo equivalente»¹³. En esto, la dignidad¹⁴ tiene mucho que decir.

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 establecer relaciones basadas en el diálogo, en la asunción de las diferencias existentes y, también, en el afecto y en el amor¹⁵.

g) **Hombre y mujer.** Por último, es importante advertir que no existen personas en abstracto, existen personas masculinas y personas femeninas¹⁶. 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»¹⁷. 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 absoluta¹⁸. 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»¹⁹.

En esa legítima exigencia de reconocimiento, consideración y respeto hacia la persona como realidad absoluta, se vislumbra la dimensión ética²⁰. 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, etc., afectando toda decisión moral a la persona en su conjunto²¹. Por ello, son tan importante los valores en el modelo ético personalista ya que, a partir de éstos,

cada persona establece su propia relación entre el querer (libertad) y el deber (responsabilidad).

2. Acerca de la 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 bibliografía²². A todo ello, se añade que el término *dignidad* posee múltiples significados²³, y es que designa una realidad muy rica, que puede contemplarse desde diversos puntos de vista. No obstante, entre las diferentes acepciones, sin duda, cabe considerar para el objeto de este libro, el de la dignidad entendida como principio ético-personalista.

Así pues, con el término *dignidad*²⁴ 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»²⁵. En este sentido, cabe señalar que 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»²⁶. En realidad, la apelación a la dignidad humana remite a un presupuesto esencial, esto es, al valor que todo ser humano tiene en sí mismo con independencia de cualquier otro factor, lo cual le hace merecedor de un respeto incondicionado²⁷. Y es que «sólo la persona es digna en sentido radical»²⁸. «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»²⁹. Dicho esto, cabe destacar³⁰ que:

a) «*La dignidad de la persona es una perfección intrínseca y constitutiva*». Toda persona es digna por el simple hecho de ser persona, aunque carezca³¹ de algunas cualidades físicas o psíquicas (por ejemplo, cualquier tipo de discapacidad o minusvalía, enfermedades que afectan a la alteración de la conciencia, etc.).

b) «*La dignidad hace que la persona sea un valor en sí misma y no pueda ser instrumentalizada*». Nadie puede instrumentalizar³² a la persona, es decir, servirse de ella únicamente como medio para sus intereses (por ejemplo, en referencia a asuntos laborales, impulsos sexuales, intereses económicos, etc.) porque se la estaría cosificando, utilizándola para un fin determinado, sin tener en cuenta su valor como persona.

c) «*El valor de la persona es absoluto*». Esto significa, primeramente, que dicho valor es superior³³ a cualquier otra realidad que se 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, ante el fallecimiento a temprana edad de un hijo, siempre existen comentarios del tipo: «son padres jóvenes, pueden tener más hijos»). No obstante, no es posible sustituir la ausencia de un hijo con el nacimiento de otro nuevo, y eso los padres que han sufrido esta pérdida lo saben bien). Es importante resaltar que la dignidad humana no puede basarse sólo en

algunas manifestaciones del ser humano (por ejemplo, en la consecución de algún logro personal o profesional, en su capacidad de sufrimiento, en la alteración del nivel de conciencia, etc.) ya que la dignidad se fundamenta en el propio ser personal.

d) «*La dignidad de la persona es el fundamento de los derechos humanos*». Del valor intrínseco³⁴ de la persona y de la dignidad humana se extraen los derechos fundamentales³⁵, que son la base para el respeto y la convivencia con las demás personas³⁶.

e) «*La dignidad de la persona hace que cada hombre y cada mujer sean irrepetibles e insustituibles*». Las peculiaridades de las persona hacen vislumbrar que cada una de ellas sean únicas e irrepetibles³⁷, independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, etc.

Tras exponer el concepto de dignidad, es posible que surja una cuestión ineludible: si toda persona debe ser tratada dignamente, respetando su libertad ¿por qué en una sociedad avanzada como la nuestra se plantean medidas (económicas, sanitarias, sociales, etc.) que atentan contra la dignidad personal? ¿No sería un reconocimiento expreso de que, de hecho, no toda persona humana es digna o, al menos, igualmente digna? A esto cabe responder que la dignidad humana como tal no es un logro ni una conquista, sino una realidad derivada del modo de ser humano. Otra cosa diferente es el reconocimiento por parte de la sociedad del valor y dignidad de la persona. Con tal de esclarecer esto, es preciso distinguir³⁸ 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 personal³⁹. Este tipo de dignidad sólo se pierde con la muerte de la persona. «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»⁴⁰. 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 libre⁴¹ 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, «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»⁴².

En este libro, 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. Por último, cabe señalar que las especificaciones de persona y dignidad que se han expuesto serán la base fundamental en la definición que más adelante se aportará de Presencia Intencional.

Notas

1. Grised G, Shaw R. Ser persona. Madrid: Rialp, 1993; 33-42.
2. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 207-208.
3. Megías Quirós J J. Manual de derechos humanos. Pamplona: Aranzadi, 2006; 163-184.
4. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Encuentro, 2009; 90.
5. «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». Sgreccia E. Manual de Bioética. México: Diana, 1996; 73. La persona «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». Juan Pablo II. Carta Encíclica Fides et Ratio. Madrid: San Pablo, 1998; 47-49.
6. «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 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. Sgreccia E. Persona humana y personalismo. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(80): 115-123.
7. «La persona humana objeto de amor y respeto, es inmoral y humanamente irracional convertirla en objeto de dominio o de instrumentalización». Rodríguez Luño A, López Mondéjar R. La fecundación «in vitro». Madrid: Palabra, 1986; 82.
8. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 229-233. Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 15-18. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 139. Hervada J. Los derechos inherentes a la dignidad de la persona humana. Humana Iura, 1991; 1: 361-362.
9. «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. Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 113-120.
10. «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». Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221. 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». Rodríguez Luño A, López Mondéjar R. La fecundación «in vitro». Madrid: Palabra, 1986; 82.
11. «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 de la persona y nos permite conseguir el mayor grado posible de conocimiento». Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 1982; 12-13.
12. «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». Rodríguez Luño A, López Mondéjar R. La fecundación «in vitro». Madrid: Palabra, 1986; 79.
13. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Encuentro, 2009; 92.
14. «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.
15. Cañas J L. ¿Renacimiento del personalismo? Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 2001; 18: 151-176. «El amor es lo que hace ser por excelencia». Blondel M. Exigences philosophiques du christianisme. Paris: PUF, 1950; 241. «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». Mounier E. Revolución Personalista y Comunitaria. En Díaz C. Emmanuel Mounier. Madrid: Palabra, 2000; 254.
16. Castilla B. Cultura, naturaleza y persona: género y estructura personal. En Aparisi A. Persona y género. Pamplona: Aranzadi, 2011; 423-467.
17. Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 18.
18. Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989; 101.
19. Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.
20. Guardini R. Ética. Madrid: BAC, 2010; 229-250.

21. «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.

22. 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, Millán L. Dignidad: ¿una palabra vacía? Pamplona: EUNSA, 1996; Revet T. La dignité de la personne humaine. París: Economica, 1999; Aulestiarte S. Vivir y morir con dignidad. Pamplona: EUNSA, 2002; Andorno R. La bioéthique 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.

23. 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.

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

25. Millán-Puelles A. Léxico Filosófico. Madrid: Rialp, 1984; 457.

26. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 142.

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

28. Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 19.

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

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

31. 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 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.

32. «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.

33. «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.

34. «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.

35. «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.

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

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

38. 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.

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

40. Hervada J. Lecciones propedéuticas de Filosofía del derecho. Pamplona: EUNSA, 1995; 449.
41. Millán-Puelles A. Léxico Filosófico. Madrid: Rialp, 1984; 456.
42. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 146.

III. LOS ESTIGMAS DE LA INDIGENCIA EN LA CONDICIÓN HUMANA

La experiencia de la enfermedad, la vulnerabilidad y el duelo no es ajena a la vivencia humana, sino muy propia, y afecta de una manera decisiva a su itinerario y modo de vida. Son realidades con las que han de hacer frente a diario tanto los profesionales sanitarios como los pacientes y sus familias. A simple vista, todo hace indicar que su problemática radica en lo puramente fisiológico, no obstante, tienen a su vez un componente psíquico y espiritual muy importante que cabe tener en consideración. Por ello, será necesario descifrar estas realidades complejas, para poder dar la mejor respuesta posible a los desafíos terapéuticos que comportan, implicando a la Presencia Intencional.

1. La enfermedad

La enfermedad se define como «un modo afflictivo 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, muere o queda en deficiencia vital permanente»¹. También se entiende como «la pérdida parcial del bien corpóreo más alto: la salud»². A su vez, 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 no de trastorno, sufrimiento, reconocimiento social, que conduce a una manera de vivir particular y personal»³. En resumen, y dicho en pocas palabras, la enfermedad⁴ es la vida amenazada.

Dicho esto, es importante matizar que la enfermedad repercute en la persona de manera global⁵, es decir, es un proceso que afecta a nivel fisiológico, psíquico y espiritual. Si bien hay enfermedades, es porque hay enfermos⁶ que las padecen, las viven y las conviven *en* y *desde* su propia individualidad. Está claro que la enfermedad 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.

1.1. Características fundamentales

Es importante advertir que la enfermedad⁷ es la cara visible del dolor, de la incomunicación, del rechazo, de la soledad, del sufrimiento, de la desesperación, de la alteración de funciones, de las incapacidades, etc. Sin duda, la enfermedad aporta información relevante acerca de la vida concreta, personal e íntima del paciente. En este

sentido, los profesionales sanitarios deberían ser sensibles ante esta realidad. Dicho esto, de la enfermedad cabe destacar que:

- Evidencia la condición corpórea⁸ 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.

- También pone de manifiesto la constitutiva apertura de la existencia humana al *otro*, ese carácter de necesidad y ayuda solícita⁹. 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.

- Enfermar lleva implícito la vulnerabilidad¹⁰. 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 sufrimiento¹¹.

- También, la enfermedad puede conllevar dolorabilidad¹², 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»¹³.

- Junto a estos rasgos, es importante señalar la experiencia personal del ser humano a través de la propia vivencia de la enfermedad, y el sentido¹⁴ que le otorga a su dolencia en la trama de su vida.

Todas estas características son fundamentales señalarlas y tenerlas presentes para identificar los numerosos problemas que surgen cuando una persona enferma y, para buscar las posibles soluciones a todos ellos.

2. La 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 incompreensión o el fracaso; etc. En definitiva, y tras los ejemplos señalados anteriormente, se evidencian las

numerosas formas de vulnerabilidad¹⁵ a las que el ser humano ha de hacer frente a lo largo de su vida.

Dicho esto, antes de seguir avanzando, cabe ahora especificar qué se entiende por *vulnerabilidad*. Ésta se define 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 actividad humana, y para recuperarse de los mismos»¹⁶. 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)»¹⁷.

2.1. Tipos de vulnerabilidad

La persona puede encontrarse diferentes situaciones y momentos que le hagan plantearse cuánto de vulnerable¹⁸ hay en él, ya sea en ese preciso instante o en algún periodo de su vida:

- La *vulnerabilidad biológica* 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»¹⁹. También se vislumbra la falta de vinculación instintiva²⁰ al medio. «Comparado con el animal, el hombre manifiesta además una sorprendente pobreza de instintos»²¹.

Todo ello hace a la persona vulnerable y radicalmente dependiente de los demás²²: 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. Por ello, es importante señalar que el ser humano, para llevar a cabo su proyecto vital, precisa de los demás²³.

- La *vulnerabilidad personal* revela la amenaza que surge cuando alguien dispensa a sí mismo y/o a los demás un trato infrapersonal, es decir, de cosa y no de persona. Este tipo de vulnerabilidad puede darse de dos modos:

- a) Cuando «la realidad personal es patente y, sin embargo, no es reconocida como tal»²⁴. 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 instancia, sino que me pertenezco a mí mismo»²⁵. 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 intimidad²⁶. «Yo no puedo ser habitado por ningún otro, sino que en relación conmigo estoy siempre sólo conmigo mismo»²⁷.

b) Cuando en el individuo humano «no es patente o evidente su realidad personal»²⁸. Esto se hace presente, por ejemplo, en los primeros estadios de la vida humana, al final de la misma o cuando el ejercicio de la inteligencia y la libertad ha quedado mermado por una enfermedad. Las líneas argumentales que defienden este tipo de pensamiento²⁹ para atacar el valor de la vida humana se basan fundamentalmente en la conciencia y en la calidad de vida que pueda tener o no una persona. Sin embargo, esto no es así puesto que el ser humano es un modo muy concreto de ser³⁰ y no depende de sus actos para ser. Como ya se ha especificado en el capítulo anterior, se es persona³¹ y desde ese modo de ser se realiza y se consigue todo lo demás.

En este apartado, es importante señalar además que existe un tipo de vulnerabilidad que afecta a lo más profundo del ser, esto es, al espíritu³². Éste enferma cuando se opone radicalmente a la verdad, se encierra herméticamente en su egoísmo y renuncia a la justicia. Pero si bien puede mentir, cometer injusticia o faltar al amor, también posee la capacidad de recapacitar, y rectificar. Sin embargo, cuando persiste en contra de la verdad, de la justicia y del amor de forma permanente el alma humana enferma.

- La *vulnerabilidad existencial* 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.

a) *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 mal³³ en la vida humana. En este sentido, cabe señalar que el sufrimiento «no es directamente identificable con el mal, sino que expresa una situación en la que el hombre prueba el mal, y probándolo se hace sujeto de sufrimiento»³⁴. Así pues, a lo largo del recorrido vital se dan situaciones anómalas³⁵ 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 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»³⁶.

Esta realidad pone en tela de juicio dos características fundamentales en la condición humana: la libertad y la alteridad³⁷. 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 otro³⁸, 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 experiencia propia es la única posible.

b) *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. «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»³⁹. 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 camina hacia la muerte⁴⁰, pero de una manera imprecisa y vaga ya que, en primer lugar, no tiene certeza del momento en que ocurrirá; en segundo lugar, aunque experimenta 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 afecto⁴¹ con la persona que ha fallecido.

Es posible, por tanto, afirmar que la muerte es la mayor amenaza que el ser humano siente⁴², 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»⁴³. 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 racionalmente⁴⁴.

Por último, es importante señalar que las formas de vulnerabilidad anteriormente descritas repercuten en la relación asistencial con los pacientes y, por ello, es preciso que el personal sanitario 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 al paciente y para reforzar su carácter personal.

3. El 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, desprenderse⁴⁵, 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.

Por estos motivos, las personas suelen, con mucha frecuencia, anticiparse a cualquier situación, circunstancia o momento adverso⁴⁶ antes de que ocurra. Como consecuencia

de la anticipación, los sentidos se agudizan y se intensifican los sentimientos ante una noticia desagradable, un fracaso personal o profesional, no conseguir aquello que se anhela o una pérdida sentida. De este modo, aparece la tristeza y, con ella, la necesidad inconsciente de preparar la psique para lo peor. Esto es el duelo anticipado⁴⁷. Por medio de éste⁴⁸, la persona llega a ser consciente de la realidad de la pérdida de forma gradual, favorece la resolución de asuntos inconclusos, facilita cambios en algunos aspectos sobre sí mismo y su propia vida, prepara para la pérdida e inicia la planificación del futuro. Es importante señalar que este proceso, además, puede acarrear sentimiento de culpabilidad por estar lamentando un desenlace no deseado antes de que ocurra.

Cuando el desprenderse⁴⁹ 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. Y aparece el duelo⁵⁰. «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»⁵¹. Es importante advertir que en el duelo van implícitas sus múltiples manifestaciones (cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales), las cuales se detallarán más adelante.

Por último, es importante tener claro que, aunque la persona desarrolle una creencia implícita basada en la estabilidad del mundo en el que vive (seres queridos, casa, profesión, objetos personales, etc.), esto no es así ya que tal valoración de estabilidad es ilusoria⁵². «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»⁵³.

3.1. Fases del duelo

Existen multitud de clasificaciones de las etapas del duelo, casi tantas como autores y escuelas (Parkes, 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 sólo repercute a la persona afectada. Nada más lejos de la realidad puesto que, en muchas ocasiones, quienes acompañan a la persona afligida también lo experimentan.

• Modelo de Kübler-Ross

Kübler-Ross⁵⁴ 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 reacciones⁵⁵ 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»⁵⁶.

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

a) *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 la 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»⁵⁷.

b) *Ira*. 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»⁵⁸.

c) *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? ¿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.

d) *Depresión*. En esta nueva fase⁵⁹ 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»⁶⁰.

e) *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 en 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 paz⁶¹ 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 asimilar.

Dicho esto, es importante tener en consideración⁶² que, en primer lugar, no hay que ignorar las emociones positivas por considerarlas una forma de negación ya que tienen un papel importante en la recuperación. En segundo lugar, no hay que 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. 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 psíquicas y alteraciones físicas. Ante esta realidad, es de suma importancia conocer las diferentes manifestaciones⁶³ que el ser humano puede experimentar para, en primer lugar, normalizar y desdramatizar alguna de ellas que puedan resultar alarmantes; en segundo lugar, para enseñar a la persona que sufre a manejar aquellas respuestas que puedan resultar desadaptativas; y, por último, para hacer comprender al profesional asistencial y al familiar/cuidador que la persona afectada puede estar mediatizada por el proceso de duelo.

4.1. Manifestaciones cognitivas

Se refiere a los cambios a nivel de creencias⁶⁴ y conceptos⁶⁵. Compromete la lucidez⁶⁶ y la claridad mental, pudiendo generar malestar al no tener claro que está ocurriendo.

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

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

- *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.

- *Dificultades de atención, concentración y/o memoria.* Los trastornos en la atención son comunes ya que en el sufriente confluyen un sinnúmero 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 frecuente que la capacidad de memorizar actos del presente (que no tengan alto impacto) disminuyan»⁶⁷.

- *Preocupación, rumiaciones, imágenes y/o pensamientos 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.

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

4.2. *Manifestaciones afectivas*

Se hace referencia aquí a toda la parte sentimental y afectiva⁶⁸ que surge en la persona ante un proceso de duelo.

- *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.

- *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.

- *Tristeza*⁶⁹. 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.

- *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.

- *Culpa y autorreproche.* La culpa⁷⁰ 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 llegó 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 sufriente necesita sentirse perdonado 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.

- *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.

4.3. *Manifestaciones fisiológicas*

Estas sensaciones⁷¹ 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.

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

- *Opresión en tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones.*
- *Dolor de cabeza.*
- *Falta de energía, debilidad.*
- *Alteraciones del sueño y/o la alimentación.*

4.4. *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 demás²² personas. Las siguientes conductas se presentan normalmente después de una pérdida y generalmente se corrigen solas con el tiempo.

- *Conducta distraída.* La persona presta poca atención en aquellas cosas que, para ella, en ese momento, carecen de importancia.
- *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.
- *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.
- *Llevar o atesorar objetos.* Es un medio para mitigar la ausencia, teniendo cerca algo relacionado con aquello que se ha perdido.
- *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.
- *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 (hiperactividad), lo que genera un agotamiento severo al poco tiempo (hipoactividad).

Notas

1. Laín Entralgo P. El estado de enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica. Madrid: Moneda y Crédito, 1968; 49.
2. Monge M A. Ética, salud, enfermedad. Madrid: Palabra, 1991; 54.
3. Boixareu R. De la Antropología filosófica a la Antropología de la salud. Barcelona: Herder, 2008; 183.
4. Merino Rodríguez S. Diseñados por la enfermedad. Madrid: Síntesis, 2013; 35-50.
5. Martínez C L. Clínica Propedéutica Médica. México: Méndez Cervantes, 2002; 1-9.
6. Monge M A. Ética, Salud, Enfermedad. Madrid: Palabra, 1991; 102-105.
7. Kay Toombs S. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer, 1992; 18-22.
8. Byron G. Medicina, racionalidad y experiencia. Barcelona: Bellaterra, 2003; 176-184. Laín Entralgo P. El estado de enfermedad. Madrid: Moneda y Crédito, 1968; 49.
9. «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.

10. Cassell E J. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 1991.
11. 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.
12. «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.
13. Zarranz J J. Neurología. Madrid: Hancourt Brace, 1998; 251-259.
14. Pangrazzi A. ¿Por qué a mí? El lenguaje sobre el sufrimiento. Madrid: San Pablo, 1994; 67.
15. Rof Carballo J. Cerebro interno y mundo emocional. Barcelona: Labor, 1952; 57-63. López Ibor J J. La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo, 1950; 32-33.
16. 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).
17. Nussbaum M. Emociones políticas. Barcelona: Paidós, 2014; 295-310.
18. Torralba i Roselló F. Ética del cuidar. Madrid: Mapfre, 2002; 71-75.
19. Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 105.
20. Millán-Puelles A. Sobre el hombre y la sociedad. Madrid: Rialp, 1976; 22-54.
21. Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 107.
22. «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.
23. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. Boston: Elsevier, 2000; 1557-1570. «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». Marías J. Persona. Madrid: Alianza, 1996; 39.
24. Cayuela A. Vulnerables. Pensar la fragilidad humana. Madrid: Encuentro, 2005; 18.
25. Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 1982; 125.
26. «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.
27. Guardini R. Mundo y persona. Madrid: Encuentro, 2000; 104.
28. Cayuela A. Vulnerables. Pensar la fragilidad humana. Madrid: Encuentro, 2005; 19.
29. 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. 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. Dworkin 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, euthanasia 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.
30. Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989; 88-96.
31. González A M. Naturaleza y dignidad. Pamplona: EUNSA, 1996; 97-99.
32. Frankl V. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 1987; 193. Guardini R. Mundo y persona. Madrid: Encuentro, 2000; 106.
33. «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.

34. Juan Pablo II. Exhortación apostólica Salvifici Doloris. Madrid: San Pablo, 1984; 13-15.
35. Chapman C R, Gravin J. Suffering and its relationship to pain. Montreal: Journal of Palliative Care, 1993; 9: 5-13.
36. Alvira R. A dor e sofrimento. Oporto: Campo das Letras, 2001; 33-40.
37. Lévinas E. Dios, la muerte y el tiempo. Madrid: Cátedra, 2008; 101-103.
38. Benhabib S. El ser y el otro en la ética contemporánea. Barcelona: Gedisa, 2006; 37. Gabilondo A. La vuelta del otro: diferencia, identidad y alteridad, Madrid: Trotta, 2001; 54-56.
39. Pieper J. Las Virtudes fundamentales. Madrid: Rialp, 2003; 436.
40. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1989; 54.
41. «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.
42. Scheler M. Muerte y supervivencia. Madrid: Encuentro, 2001; 23-27.
43. Frankl V. El hombre doliente. Barcelona: Herder, 2003; 89.
44. «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». 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». Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2003; 360.
45. Bailly D. Angustia de separación. Barcelona: Masson, 1997; 27-29.
46. «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.
47. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 18.
48. 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.
49. Neimeyer R A. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós, 2002; 89.
50. O'Connor N. Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo. México: Trillas, 2002; 35.
51. Gea A. Acompañando en la pérdida. Madrid: San Pablo, 2007; 28.
52. 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.
53. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca, 2001; 187.
54. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969; 59-178. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 22-90.
55. Kübler-Ross E. Vivir hasta despedirnos. Barcelona: Luciérnaga, 1991; 28-33.
56. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 25.
57. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga, 2010; 25.
58. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969; 81.
59. «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.
60. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo, 1969; 90.
61. *Ibid.*, pág. 155. «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». Kübler-Ross E. Vivir hasta despedirnos. Barcelona: Luciérnaga, 1991; 88.
62. 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.
63. Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramírez E. Duelo en Oncología. Madrid: Sociedad Española de

- Oncología Médica, 2007; 72-76. Hinton J. Experiencias sobre el morir. Barcelona: Ariel, 1974; 54-75.
- Cabodevilla I. Las reacciones de duelo. En: Die Trill M. Psico-oncología. Madrid: Ades, 2003; 647-657.
64. Kohut H. La restauración de sí mismo. Barcelona: Paidós, 1980; 64-69.
65. Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Madrid: Paulinas, 1993; 54.
66. Worden J W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997; 88-97.
67. Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramírez E. Duelo en Oncología. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, 2007; 76.
68. Rojas Posada S. El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo. Buenos Aires: Granica, 2005; 63-120. Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós, 1997; 103-122. Fernández-Abascal E G. Emociones y salud. Barcelona: Ariel, 1999; 198-214.
69. Gea A. Acompañando en la pérdida. Madrid: San Pablo, 2007; 52.
70. Preston J. Superar el dolor emocional. Bilbao: Mensajero, 1998; 28-29.
71. Bermejo J C. Estoy en duelo. Madrid: PPC, 2005; 111-116.
72. Rojas Posada S. El manejo del duelo: Una propuesta para un nuevo comienzo. Buenos Aires: Granica, 2005; 63-120. Worden J W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997; 88-97.

IV. LA PRESENCIA INTENCIONAL: CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO

En el transcurso de la existencia humana, toda persona llega a experimentar diferentes momentos y circunstancias en los que aparece la enfermedad, la vulnerabilidad y el duelo. A partir de estos angustiosos acontecimientos, el ser humano es susceptible de padecer un drama aún mayor como consecuencia de la sensación de soledad, de vacío, de impotencia, etc., pudiendo llegar a desencadenar un complejo problema difícilmente abordable. Ante estas circunstancias, la presencia y el acompañamiento de otro ser humano puede ser bálsamo para mitigar y aliviar dichas realidades adversas. Y, de hecho, se vislumbra como necesaria en la relación profesional sanitario-paciente para llegar a sustentar la excelencia en el cuidado. No obstante, en la práctica asistencial se observa que esta relación de presencia y acompañamiento, en múltiples casos, no se da de manera satisfactoria, al quedar relegada a un segundo lugar¹ (o, aún peor, no teniendo cabida) en pos de otras cuestiones tales como la tecnificación del trabajo o el desconocimiento de la persona en cuanto al manejo de sus emociones, entre otras. Esta situación ha dado lugar a que, desde distintos sectores, se piense en la necesidad de rehumanizar la asistencia sanitaria.

Es a partir de aquí, desde donde surge y se propone la *Presencia Intencional*. Ésta se define como «un proceso interpersonal de carácter bidireccional asentado en el reconocimiento de dos personas dotadas de una dignidad ontológica y sustentada en una relación de amor satisfactoria para ambas. Esta forma de relación se caracteriza por el compromiso y el diálogo». Dicha definición viene a expresar una nueva forma de relación que se da entre el profesional sanitario (y equipo asistencial) y el paciente (y su familia) en cuyo encuentro se reconocen mutuamente en dignidad, buscando alcanzar conjuntamente el bien propio y el ajeno.

En este sentido, y tras esclarecer el concepto, es importante advertir que una persona no es un mero cuerpo y que un paciente no es sólo un 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 espíritu². La corporalidad es el modo en que el ser humano se hace presente en el mundo y en el tiempo, es decir, su modo de vida es en el cuerpo y a través de él³. Tampoco es simplemente un ser viviente puesto que la conciencia y la materia no se pueden contemplar aisladamente la una de la otra. Y es que «si se contraponen entre sí como esferas inconmensurables, se separan los criterios de identidad de los hombres y las personas»⁴. En definitiva, tanto el paciente como el profesional sanitario son personas⁵, es decir, seres dotados de inteligencia y libertad, portadores de valores, relacionados con otros seres humanos, con una concepción de sí mismos y del mundo, con proyectos de vida y con responsabilidad ante sus propios destinos.

En este sentido, se entiende que la dimensión de interdependencia es también consustancial al ser humano. Éste se construye en y a través de la relación intersubjetiva⁶. La experiencia humana es una experiencia de relación e interdependencia, no termina en los límites de la propia piel, sino que se prolonga en su ser con los demás⁷, en sus relaciones múltiples con las demás personas, y esto, de alguna manera, la determina y la configura⁸.

A su vez, la persona es también conocimiento⁹. Por medio de él, el sujeto es capaz de descubrir, de conocer a la otra persona, puede saber que le está pasando, por ejemplo, en un periodo de enfermedad o de fracaso profesional o sentimental. También, por medio éste, la persona es capaz de conocerse¹⁰, esto es, de tomar conciencia de lo que ocurre a su alrededor, de lo importante y esencial en la vida; llega a discernir lo que está bien de lo que no; decide, arriesga, afronta, emprende... en definitiva, vive, y lo más importante, vive sin perder la propia identidad y respetando la alteridad de lo conocido, es decir, no deja de ser quien es al conocer la realidad que tiene enfrente, y dicha realidad tampoco deja de ser lo que es al ser conocida.

También la afectividad¹¹ es una parte constitutiva del ser humano. Conformar 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 afectividad¹² 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.

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»¹³.

La persona es, por constitución, máxima comunicación¹⁴. 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. Y es que la comunicación precede e influye a la persona, determina su modo de ver el mundo y su pensamiento, y modula las relaciones con las demás personas y con ella misma. Este rasgo constitutivo se manifiesta en sus actos, pero la estructura relacional e interdependiente está enclavada en su propio ser¹⁵.

Por último, es importante destacar la libertad¹⁶ del ser humano. Consiste en «la capacidad que tiene la persona de disponer de sí misma y de decidir su destino a través de sus acciones»¹⁷. Es, sin duda, el don¹⁸ 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 persona sin ser libre de verdad.

Las anteriores premisas adquieren una especial relevancia cuando se pretende establecer una relación entre el profesional sanitario y el paciente. Y es que es importante señalar que el ser humano no es sólo corporalidad, es también conocimiento, es afectividad, es conciencia, es libertad, es comunicación y es social. Todos estos elementos estructurales de la persona estructuran también el modo de llevar a cabo la Presencia Intencional ya que son todos éstos los elementos a tener en cuenta para poder llegar a alcanzar un encuentro interpersonal satisfactorio para ambas partes. Ahora bien, hay una cualidad innata de la persona que cabe resaltar ya que, sin ella, lo demás carece de sentido. Es la dignidad¹⁹. Ésta otorga 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.

Tras exponer brevemente los elementos estructurales de la Presencia Intencional, es importante ahora esbozar una imagen, esto es, la de un encuentro entre dos personas posiblemente desconocidas y diferentes entre sí (por la edad, el sexo²⁰, la cultura²¹, la espiritualidad²², etc.), en un ambiente desconocido (en un hospital, en un centro de salud, en una residencia, etc.) entre un profesional sanitario (y equipo asistencial) y un paciente (y su familia), cuya relación puede no ser elegida, ni tan siquiera querida, por una o ambas partes, en el que uno de ellos, el paciente, se encuentra en un estado especial de necesidad debido a una patente vulnerabilidad²³, un estado que le puede afectar y le puede generar angustia y sufrimiento²⁴ ante el incierto desenlace de la enfermedad. Y es que la persona enferma²⁵ 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. Todas estas circunstancias le pueden condicionar sobremanera a la hora de implicarse en la Presencia Intencional.

Cabe resaltar, además, que esos dos factores que se han indicado en el párrafo anterior, de no elección y desigualdad, no deben ser obstáculo para que la relación establecida entre el profesional sanitario y el paciente tienda a la plenitud. Por ello, para que esa relación sea satisfactoria, deberá superar varios grados de relaciones²⁶.

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 paciente se siente cliente²⁷ y busca un remedio rápido y eficaz para una dolencia concreta; y el sanitario se conforma con lograr la complacencia inmediata del paciente y/o el éxito profesional o económico. Este planteamiento se asienta en criterios utilitaristas²⁸ 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. En

el ámbito sanitario este tipo de relación deriva en un cierto grado de paternalismo del profesional hacia su paciente al sustituir el diálogo por un monólogo²⁹. Un ejemplo sería la relación de un agente sanitario que trata habitualmente a un paciente, tiene conciencia de él e, incluso, mantiene una cierta relación. Pero si esa persona desaparece «de su entorno vital, éste sólo resulta afectado de manera muy superficial»³⁰.

En definitiva, el encuentro personal entre el agente sanitario y el paciente, para ser realmente humano, deberá asentarse en un tipo de relación más significativa³¹ que las anteriores, esto es, en el reconocimiento de dos personas dotadas de una dignidad ontológica y sustentada en una relación 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. No hay ninguna duda de que, si se vislumbra el valor del 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 implicación, compromiso, plena participación, apertura, atención fluida, trascendente unidad entre dos personas³², contemplación³³ y comunicación. Esto es lo que se entiende por Presencia Intencional³⁴.

Ésta se asentaría en el actual modelo de referencia, esto es, el *modelo interpretativo*³⁵. En este modelo Benner establece que «el profesional sanitario debe poseer alta competencia científica, técnica y relacional, capaz de acompañar a los pacientes en la vivencia de la enfermedad y de compartir con ellos el proceso de toma de decisiones»³⁶. No obstante, la Presencia Intencional pretende dar un paso más, intentando, a su vez, superar dicho modelo ya que la forma de relación que en estas páginas se describe otorga al paciente una mayor dimensión relacional. Y es que ésta defiende un encuentro valioso entre dos personas y no la contemplación de un bien por parte de una de ellas.

También el modelo llamado *relación de ayuda*³⁷ muestra la importancia de la relación entre el profesional sanitario y el paciente. Rogers, la define como «toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta hacer surgir en el otro una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos»³⁸. No obstante, la Presencia Intencional defiende una nueva forma de relación de mayor intensidad, en la que tanto paciente como profesional sanitario contribuyan recíprocamente al crecimiento, al desarrollo, a la maduración y a la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la enfermedad de la manera más adecuada.

Figura 1

Caracterización del concepto de Presencia Intencional



Notas

1. Ceballos Vásquez P A. Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y Enfermería 2010; XVI (1):31-35. Blanca Gutiérrez J J, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez M A, Expósito Casado M C, Sáez Naranjo R, Fernández Díaz M E. La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Índex Enfermería 2008; 18(2):106-110. Cachón Rodríguez E. El Hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. Índex Enfermería 2007; 56:35-39.

2. 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. Meditaciones de prima philosophia. Oeuvres philosophiques (Tomo II). París: Garnier Frères, 1967; 226.

3. Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 59. «No puedo pensar sin ser, ni ser sin mi cuerpo». Mounier E. El personalismo. Madrid: Acción Cultural Cristina, 1997; 22.

4. Spaemann R. Personas. Acerca de la distinción entre «algo» y «alguien». Pamplona: EUNSA, 2000; 140.

5. «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». Maritain J. Distinguir para unir o los grados del saber. Buenos Aires: Club de lectores, 1968; 364. «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 (...) Lo que yo soy, lo que experimento y entiendo como yo mismo, es el resultado de un constante intercambio entre yo y mi mundo». Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 84. «El hecho fundamental de la existencia humana es el hombre con el hombre». Buber M. ¿Qué es el hombre? México: Fondo de Cultura Económica, 1973; 146.

6. 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.

7. Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 2010; 42.

8. «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, 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». Zubiri X. Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza, 2006; 225.

9. Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Alianza, 1970; 138. «El conocimiento no es una cualidad exclusiva de la inteligencia; existe un conocimiento sensible. Pero con la inteligencia, el conocimiento humano adquiere su plenitud y alcanza el máximo de su perfección». Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 254.

10. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 52-57.

11. Llano A. Deseo y amor. Madrid: Encuentro, 2013; 64. Ésta 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.» Amengual G. *Antropología filosófica*. Madrid: BAC, 2007; 94-95.

12. Marina J A. *El laberinto sentimental*. Madrid: Anagrama, 1996; 87-99. «Sentir es, fundamentalmente, vivirse a sí mismo, ser consciente de la propia intimidad y de sus múltiples modificaciones y avatares». Burgos J M. *Antropología: una guía para la existencia*. Madrid: Palabra, 2009; 113.

13. Zuanazzi G. *L'età ambigua. Paradossi, risorse e turbamenti dell'adolescenza*. Brescia: La Scuola, 1995; 55.

14. Schulz von Thun F. *El arte de conversar*. Barcelona: Herder, 2012; 17-19.

15. Aparisi A. *Persona y género*. Pamplona: Aranzadi-Thomson Reuters, 2011; 36.

16. Melendo T. *Las dimensiones de la persona*. Madrid: Palabra, 1999; 59. «Es a partir de la naturaleza humana que ha recibido cada persona desde dónde puede hacerse a sí mismo». Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder, 1998; 183-184.

17. Wojtyla K. *Persona y acción*. Madrid: BAC, 2007; 143.

18. Llano A. *El futuro de la libertad*. Pamplona: EUNSA, 1985; 78.

19. «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». Hervada J. *Lecciones propedéuticas de Filosofía del derecho*. Pamplona: EUNSA, 1995; 449.

20. «El hombre y la mujer tienen un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los demás. 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». Amengual G. *Antropología filosófica*. Madrid: BAC, 2007; 86. «Ambos poseen la misma naturaleza humana pero la tienen y la realizan de modos distintos y complementarios, sin que ello afecte en absoluto a la igualdad radical de dignidad, derechos y deberes». Castilla B. *Persona femenina, persona masculina*. Madrid: Rialp, 1996; 23.

21. Gordillo L. *Ideología y Ética de la voluntad. Una base para la reflexión Bioética*. Cuadernos de Bioética, 2015; 26(86): 51-65.

22. Pellegrino E. *The physician's conscience, conscience clauses, and religion belief: a catholic perspective*. Cuadernos de Bioética, 2014; 83: 25-40. Ollero A. *Derecho y Moral, implicaciones actuales: a modo de introducción*. *Persona y Derecho*, 2009; 61: 17-31. López Guzmán J. *Integridad en el ámbito profesional sanitario*. Granada: Comares, 2013; 54.

23. Rof Carballo J. *Cerebro interno y mundo emocional*. Barcelona: Labor, 1952; 57-63. López Ibor J J. *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo, 1950; 32-33. «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)». Nussbaum M. *Emociones políticas*. Barcelona: Paidós, 2014; 295-310.

24. Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder, 1996; 87-88. Chapman C R, Gravin J. *Suffering and its relationship to pain*. Montreal: *Journal of Palliative Care*, 1993; 9: 5-13. «Sufrir o no sufrir sólo se da en la conciencia y depende, por ello, de la libertad humana». Alvira R. *A dor e sofrimento*. Oporto: Campo das Letras, 2001; 33-40.

25. «La enfermedad es la vida amenazada». Merino Rodríguez S. *Diseñados por la enfermedad*. Madrid: Síntesis, 2013; 42. «La enfermedad siempre es un fenómeno físico, psíquico y espiritual, esto es, afecta a la globalidad de la persona». Martínez C L. *Clínica Propedéutica Médica*. México: Méndez Cervantes, 2002; 1-9. Monge M A. *Ética, Salud, Enfermedad*. Madrid: Palabra, 1991; 102-105. «La persona vulnerable es aquella que, en un momento determinado y por un motivo concreto, es susceptible, o más susceptible, de sufrir abusos, ser influido o coaccionado». 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.

26. Burgos J M. *Antropología: una guía para la existencia*. Madrid: Palabra, 2009; 279-290.

27. 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 consumidor 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.

28. Ortiz Lluesa E. *Bioética personalista y Bioética utilitarista*. Cuadernos de Bioética, 2013; 24: 58-65.

29. Ciccone L. *Bioética. Historia, principios, cuestiones*. Madrid: Palabra, 2005; 20.

30. Burgos J M. *Antropología: una guía para la existencia*. Madrid: Palabra, 2009; 280.

31. «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». Hildebrand D. *Actitudes morales fundamentales*. Madrid: Palabra, 2003; 89.

32. 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.

33. La intervención conduce directamente a la acción y en la Presencia Intencional hay un factor contemplativo muy importante. Los seres humanos no sólo se comunican con los actos, también las miradas, los gestos tienen un valor comunicativo capaz de transmitir cercanía, rechazo, simpatía, empatía, etc.

34. Benner P, Spichiger E, Wallhagen M. Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2005; 19(4): 303-309. 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. 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. Doona M, Chase S, Haggerty L. Nursing presence: As real as a milky way bar. *Journal of Holistic Nursing*, 1999; 17(1): 54-70. Ferlic A. Existential approach in nursing. *Nursing Outlook*, 1968; 16(10): 30-33. Finfgeld-Connett, D. Meta-synthesis of presence in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 55(6): 708-714. Finfgeld-Connett, D. Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2008; 19(3): 111-119. Godkin, J. Healing presence. *Journal of Holistic Nursing*, 2001; 19(1): 5-21.

35. Benner P, Spichiger E, Wallhagen M. Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2005; 19(4): 303-309. Brykczynski K. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Edide, 2005; 165-79.

36. «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 las cuales son propias de cada individuo cuidador (...). Patricia Benner busca que el profesional sanitario 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.

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

38. Rogers C R. The process equation of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1961; 15: 27-45.

V. ELEMENTOS QUE ESTRUCTURAN LA PRESENCIA INTENCIONAL

Una vez analizados y delimitados los conceptos de persona y dignidad, tras describir las tres principales realidades adversas a las que cualquier profesional sanitario y paciente ha de hacer frente, estas son la enfermedad, la vulnerabilidad y el duelo, y tras construir el concepto de Presencia Intencional, es importante ahora centrar la mirada en sus principales elementos involucrados. 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 se pueda establecer una relación basada en la Presencia Intencional es necesario que se tenga un conocimiento (sustentado en un aprendizaje teórico-práctico) de los elementos que la estructuran.

1. La corporalidad

Sin duda, lo primero que el profesional sanitario observa en un paciente (y viceversa) 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.

1.1. *Aproximación al concepto: la persona como ser corporal*

Antes de profundizar y ahondar en los aspectos antropológicos de la corporalidad, y en consonancia con el concepto de persona anteriormente expuesto, 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»¹. No obstante, siendo la afirmación anterior perfectamente correcta, es importante advertir que la realidad corporal del ser humano trasciende la dimensión puramente material, física o biológica². El cuerpo de la persona es mucho más que un conjunto químico, que una masa física o algo contrapuesto a espíritu.

En este sentido, todo apunta a que la conexión existente entre el ser humano y su propio cuerpo presenta cierto carácter complejo, pudiendo llegar a ser susceptible de controversias. El primer gran conflicto entorno a la corporalidad aparece justo en el mismo instante en el que se puede afirmar que la persona es cuerpo y a la vez tiene un cuerpo³. Así pues, por un lado, es posible constatar que el ser humano tiene cuerpo porque, efectivamente, es algo que se puede objetivar, palpar y, de alguna manera,

«separar»⁴ de la persona misma. La no identificación con el cuerpo puede llegar a percibirse con mayor claridad cuando aparece una enfermedad o una discapacidad somática, en las que se experimenta que el cuerpo no corresponde a lo que uno quisiera, o su expresión no da cuenta de la lucidez mental aún conservada (como es el caso de la Esclerosis Lateral Amiotrófica).

Pero sería un error quedarse sólo en la afirmación anterior. El propio cuerpo no puede reducirse a un simple objeto⁵ puesto que el ser humano no sólo tiene cuerpo sino que es *corporal*⁶. 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»⁷. Dicho de otro modo, la corporalidad⁸ 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.

Una vez concluido que la corporalidad no es una parte de la persona, sino su modo de ser⁹, 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 y, sin embargo, en numerosas ocasiones, es obviada y/o rechazada por un gran número de personas), se atisba el «problema cuerpo-espíritu»: cómo se comportan entre sí, cómo en esa dualidad se constituye la unidad de la persona o se reducen esos mismos elementos a unidad.

En este sentido, las posturas dualistas¹⁰ (que conciben al ser humano como dos realidades separadas: la materia y el espíritu) o las posturas monistas¹¹ (que eliminan o reducen al máximo una de las dos realidades, esto es, la corporalidad o la espiritualidad), no consiguen solucionar el problema ya que sigue existiendo 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 este intrincado problema, la respuesta en cambio se vislumbra sencilla: «la persona es un ser *uno*»¹². En primer lugar, con anterioridad a cualquier pluralidad de teorías en relación a la persona, ésta se experimenta y entiende a sí misma como una totalidad¹³ concreta, no compuesta de partes, sino como un ser único y completo. De hecho, el lenguaje común así lo avala: es impensable decir: «Mi cuerpo tiene frío» o «Mi espíritu estudió mucho ayer». Ambas constataciones son remitidas al sujeto único que las ha vivido. Por otro lado, la experiencia testimonia que toda acción o vivencia humana es corpóreo-espiritual: «la actividad humana es unitariamente psico-orgánica en todos, absolutamente todos, sus actos»¹⁴. Por tanto, el ser humano no es ni sólo cuerpo ni sólo espíritu. No es tampoco cuerpo más espíritu, al modo de dos entidades completas y meramente adosadas. Es todo entero y al mismo tiempo lo uno y lo otro, espíritu y cuerpo.

Dicho esto, es posible entender que muchas dolencias afectivas, emocionales y espirituales se manifiesten en el cuerpo; y a la inversa, que las dolencias físicas terminen por minar el plano emocional y espiritual de la persona. Por ello, es transcendental incidir en la importancia que tienen los profesionales asistenciales, 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 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, pudiendo elaborar planes de actuación más precisos que contribuyan a mejorar la calidad de vida del propio paciente. A su vez, es importante cuidar a los propios profesionales sanitarios ya que trabajar con la enfermedad, el sufrimiento, el duelo, etc. no es tarea sencilla y, a raíz de esto, pueden aparecer dolencias físicas y emocionales. Por ello, la Presencia Intencional se presenta como la única forma de relación que se preocupa por las dos partes, esto es, por el profesional sanitario y por el paciente, que presenta a la otra persona como un todo y cuya finalidad es el satisfactorio cuidado y el idóneo acompañamiento en la transición enfermedad-salud.

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 la Presencia Intencional.

• La condición sexuada

En primer lugar, es importante tener en cuenta que el hombre y la mujer, aun siendo esencialmente iguales, su modo específico de ser es distinto en sus manifestaciones concretas. Una de esas manifestaciones específicas y, a la vez diferenciadas, se presenta en la corporalidad. Y es que el cuerpo es siempre, o masculino o femenino, es decir, tiene *sexo*¹⁵. 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 correlativamente¹⁶. En este sentido, cabe señalar que, primeramente, la diferenciación sexual¹⁷ conlleva 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 expresiones¹⁸. Varón y mujer tienen la misma naturaleza humana, pero la tienen y la realizan de modos distintos y complementarios. En este sentido, las 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 ya que, por ejemplo, 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»¹⁹.

Ahora bien, dicho esto no significa que, aunque la persona nazca con un sexo biológicamente diferenciado, el hombre y la mujer se reduzcan a una forma determinada de ser. La identidad personal y la forma de ser de cada ser humano se construye en consonancia con la interacción familiar, social y cultural de la cual forman parte. Esta diferencia y complementariedad entre varón y mujer no añade nada a la igualdad radical de dignidad, derechos y deberes de ambos²⁰.

• *La dimensión espacial y temporal*

El cuerpo²¹ mundaniza a la persona, la hace *ser-en-el-mundo*. Éste determina la perspectiva y el horizonte del ser humano. Es el centro²² 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-extensiva²³ al mundo. A través de la corporalidad es posible actuar y recibir la acción, comunicar, percibir, conocer, participar, hacer 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.

También la persona está inmersa en un tipo de duración continua y sucesiva la cual se denomina tiempo. La temporalidad indica, en primer lugar, que la persona es un ser sucesivo²⁴, esto es, va haciéndose progresivamente²⁵ con cada decisión y acción. No es un ser hecho o alguien que se realiza de manera instantánea, sino que posee una «estructura biográfica»²⁶. A partir de aquí, es preciso señalar que toda decisión y acción llevada a cabo en el pasado trasciende el presente y el futuro de cada persona, teniendo a su vez repercusiones éticas y morales positivas o negativas²⁷. A este respecto, es necesario señalar la importancia que tiene esta cuestión en la práctica asistencial ya que cualquier decisión y acción repercute directamente sobre el paciente, pero también sobre los propios profesionales asistenciales.

Por otra parte, el tiempo del ser humano no es homogéneo²⁸. La sucesión de momentos que acontecen en la vida de cualquier persona no se articulan automáticamente en torno a lo que indican las agujas del reloj, sino ante períodos y situaciones que tienen una extensión y una profundidad determinada. En este sentido, una misma persona no percibe el tiempo de la misma manera cuando se dan dos situaciones determinadas, por ejemplo, la intervención quirúrgica de un familiar y una cena agradable con amigos. Y es que existe un componente emocional a destacar que produce que el tiempo que transcurre en una situación y en otra sea percibido de modo diferente.

Por último, es preciso señalar que el tiempo es finito y limitado. Tener o no tener tiempo para realizar una tarea determinada, para llegar a un sitio, etc. es indicativo de finitud. No obstante, existe otra finitud mucho más profunda y radical que señala que el tiempo global de cualquier persona está contado, tiene fin²⁹. Y es que el ser humano se sabe temporal y, con todo, se desea eterno; no se resigna a ser para la muerte.

• *La dimensión comunicativa*

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»³⁰. Y es que la expresión es manifestación sensible, visible, de la propia interioridad. Por tanto, la corporalidad es la condición de posibilidad de la manifestación de lo invisible. También el cuerpo humano es expresión y realización visible en el mundo. A través de él³¹ existe comunicación con las demás personas y, también, interacción y transformación del mundo.

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 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 reacción³². 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, etc. De esta forma, «la cara es el centro de organización de toda la corporalidad»³³. Así pues, a través del lenguaje del rostro se vislumbra de forma inmediata la presencia de un ser humano. Más aún, especialmente, en los ojos³⁴ se encuentra a la persona y aquello que, desde su intimidad, quiere comunicar y transmitir. Por ello, en la práctica asistencial resulta importante observar detenidamente y percibir con atención lo que el paciente quiere transmitir, no sólo con sus palabras, sino con sus gestos³⁵, expresiones, miradas, etc. Y es que cualquier detalle cuenta para poder desarrollar con éxito el trabajo asistencial y la Presencia Intencional.

• *Ser mortal*

La vida del ser humano tiene un carácter finito, limitado, no sólo desde el punto de vista temporal (una persona no vive siempre), sino también existencial (una persona 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 advierte que la vida se escapa por completo al control del ser humano³⁶.

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 indefinida³⁷. Sin embargo, al reconocer que el ser humano no es sólo un ser más del mundo natural, las cuestiones antropológicas aparecen: no sólo se da en él el proceso de envejecimiento y muerte, sino que, además, la persona tiene conciencia de la muerte³⁸ a través de su propia estructura psíquica. Por medio de la propia conciencia se vislumbra que la vida de una persona es de carácter limitado y se estructura toda su existencia puesto que imprime a cada uno de sus actos un carácter único e irreversible³⁹. Curiosamente, la muerte es la que da valor⁴⁰ a la vida.

En este punto, cabe señalar que existen cuestiones que trascienden la muerte, estas son, todas aquellas relacionadas con las creencias espirituales y con la espiritualidad del ser humano. Aunque de antemano se sabe que son cuestiones de difícil resolución ya que escapan al ámbito de la propia experiencia, no significa que no tengan su importancia en la Presencia Intencional. Y es que es necesario advertir una cosa: si el paciente o el profesional sanitario no se siente respetado en sus creencias es imposible que puedan llegar a ser ellos mismos y a manifestarse como realmente son. Y, ojo, respetar no quiere decir que esa creencia tenga que ser asumida, significa darle un valor y comprender el profundo significado que tiene para esa persona, más aún en los momentos finales de la vida ya que, para muchas personas, es bálsamo para afrontar el momento trágico de la muerte.

2. El conocimiento humano

Para llevar a cabo una adecuada Presencia Intencional es importante saber cómo se accede al conocimiento. Y es que vivir conociendo es vivir más intensamente, permite descubrir lo que ocurre en la persona misma y en su vida. A su vez, el conocimiento también permite, entre otras cosas, descubrir a cualquier otro ser humano, ayudar a comprenderlo y aceptarlo, y vislumbrar la realidad que le envuelve y le rodea.

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

En una primera aproximación, es posible 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»⁴¹. En efecto, por medio del conocimiento cualquier persona puede salir de sí misma y llegar a ser otras realidades... sin serlas⁴² o, dicho de otra forma, el ser humano va asimilando aquello que va conociendo. Y es que conocer consiste en una relación entre un sujeto que conoce y una realidad que se deja conocer. Este hecho puede

provocar modificaciones en el mundo interior de la persona, activando algún tipo de respuesta. Y es que conocer una verdad, una persona o un hecho puede afectar de manera profunda, incluso decisiva, la vida de cualquier persona. A este respecto, es importante

advertir y tener muy presente siempre que, aun existiendo objetividad en el conocimiento puesto que presenta las cosas tal y como son, a su vez existe una dimensión subjetiva de la misma puesto que es la persona quien conoce y quien interviene en cuestiones tan importantes como la elección de lo que desea conocer, el nivel de comprensión, etc.

2.2. Estructura del conocimiento humano

En base a lo señalado anteriormente, lo que a continuación se pretende es explicar de forma sencilla el proceso a través del cual la persona accede al conocimiento. Antes que nada, es importante advertir que el conocimiento humano tiene un carácter unitario y forma en su conjunto una estructura dinámica. Dicho de otro modo, aunque las fases del proceso cognoscitivo teóricamente se expliquen por separado, en realidad se dan de manera conjunta, es decir, la persona conoce simultáneamente y unitariamente a través de su sensibilidad y su inteligencia.

• La dimensión sensible del conocimiento humano

El punto de partida son las sensaciones, primera fase⁴³ del conocimiento humano y contacto sensible con la realidad. «Captan cualidades sensibles de los cuerpos, pero no la naturaleza, esencia o totalidad de ellos»⁴⁴. Éstas asociadas a los sentidos⁴⁵, que 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»⁴⁶. Como es conocido existen cinco⁴⁷: 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.).

Una vez que se ha captado la realidad concreta mediante los sentidos, aparece la percepción⁴⁸. Ésta se define como «el proceso cognoscitivo que presenta sensiblemente los objetos en forma totalizante y unitaria»⁴⁹. Es un proceso, es decir, un conjunto de capacidades y de actos mediante los cuales no solamente se perciben los objetos sensibles, sino que se perciben en un todo organizado, configurado y estructurado.

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*⁵⁰, la *memoria sensible*⁵¹, la *imaginación*⁵², y la *cogitativa*⁵³. Son capaces de captar los actos de los sentidos, retener objetos conocidos por la sensibilidad externa, formar otros nuevos y valorarlos, respectivamente.

En resumen, mediante las sensaciones, cualquier persona se pone en contacto con la realidad y capta el mundo que le rodea llenando de contenido su interior y su memoria a

partir de situaciones, personas, sentimientos, sensaciones, paisajes, etc. Desde estas realidades se va conformando la estructura mental de la persona, produciendo a su vez que la percepción vaya ordenando, asimilando, profundizando y coordinando todo ese contenido.

• *La dimensión intelectual del conocimiento humano*

En base a lo anteriormente expuesto, cabe ahora advertir que la apertura a la realidad comienza con el conocimiento sensible, pero es en el conocimiento intelectual donde se presenta la verdad⁵⁴ puesto que no sólo hay adecuación a la realidad, sino que además se conoce dicha adecuación. Es importante señalar que de la dimensión intelectual⁵⁵ se distinguen tres operaciones intelectuales básicas: conceptualización, juicio y razonamiento.

a) Conceptualización. Esta es la primera operación del pensar. A través de ella se obtienen los conceptos (enfermedad, diagnóstico, enfermería, acompañar, etc.). «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»⁵⁶. Cuando se dice «enfermedad» no se está haciendo referencia a una enfermedad concreta, sino a las características esenciales comunes a todas las enfermedades que están recogidas intelectualmente en esa noción, elaborada a partir del conocimiento de muchas enfermedades o de una sola.

b) Juicio. Se trata del acto por el cual la inteligencia, tras reunir y conectar los conceptos, los afirma o los niega. Es en el juicio donde aparece la verdad⁵⁷ explícitamente, puesto que «se precisa conocer la adecuación entre el entendimiento y la cosa conocida»⁵⁸. «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»⁵⁹. La enfermedad es perjudicial; La enfermera cuida, etc. son ejemplos de juicios simples en los que se asienta la verdad.

c) 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»⁶⁰. Por ejemplo, el cáncer es una enfermedad, todas las enfermedades son potencialmente curables, por tanto, el cáncer es potencialmente curable. Mediante el ejemplo anterior es posible percatarse que el silogismo es una forma representativa de razonar, no obstante, la capacidad de razonamiento de un ser humano supera al mero silogismo. Ésta consiste en una actividad muy compleja que implica todas las facetas cognoscitivas: intuición, juicio, elaboración de conceptos, comprobación experimental, etc.

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 (sensación). 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 (percepción). 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), busca experiencias previas, indaga en su propio conocimiento (conceptualización). Tras contrastar esa información, elabora un juicio en el que relaciona la información y vislumbra que le están extrayendo sangre en el hospital (juicio) 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 profesional enfermero que le está atendiendo (razonamiento).

Dicho esto, por último, es importante señalar que, en cualquier relación, y especialmente en las relaciones que aquí atañen, estas son, las que se establecen entre profesional sanitario-paciente, es fundamental esforzarse y poner todo el empeño en ser conocedor de la realidad que existe en torno a la enfermedad, vulnerabilidad y/o duelo. Solo así podrá desarrollarse con éxito una adecuada Presencia Intencional.

3. La afectividad

El lugar que ocupa la afectividad en el ser humano es central. Conformar 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 afectividad⁶¹ 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, quedaría desdibujada si no se contempla su capacidad de tener sentimientos⁶².

3.1. *Aproximación al concepto: la persona como ser afectivo*

Antes de seguir avanzando, es fundamental preguntarse acerca del significado de *afectividad*. Ésta se define como «el vasto y variado mundo de los sentimientos y afectos, motivos-estímulos, talante, tono vital, ánimo, etc.»⁶³. En efecto, alegrarse o entristecerse, tener esperanza o desesperación, el sufrimiento o el miedo, etc. son expresiones de la afectividad humana y exigen, sin duda, pararse a analizar su importancia puesto que juegan un papel decisivo a nivel corporal, psíquico y espiritual.

Antes de seguir avanzando en estas cuestiones, es importante remarcar el carácter intencional⁶⁴ de la afectividad, esto es, cualquier persona dirige sus afectos, sentimientos, pasiones, etc. a otras personas, a animales, a objetos y/o a objetivos. La carga intencional

puede llegar a ser tan fuerte que incluso se puede transferir el propio estado al mundo exterior, de tal manera que la realidad aparece como un reflejo del afecto.

Tras esta breve aclaración, es importante señalar que la afectividad⁶⁵ abarca un sinnúmero de emociones, sentimientos y pasiones. No obstante, cada una de estas realidades expresan algo diferente⁶⁶:

- *Emoción*. Es una reacción afectiva 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.

- *Sentimiento*. Es un proceso afectivo⁶⁷ relativamente estable adquirido en el proceso de socialización: el amor a la pareja, el odio al enemigo, el cariño hacia una madre, etc.

- *Pasión*. Es un proceso afectivo 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:

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

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

Tras realizar una clasificación general y representativa de los principales tipos de afectividad, es importante advertir la dificultad que presenta la racionalización y sistematización de esta dimensión humana⁶⁸. Y es que existen multitud de palabras que se emplean para describirla y cada una de ellas presenta poca precisión: deseo, anhelo, instinto, pulsiones, inclinaciones, conmoción, sensación, etc.

3.2. *La subjetividad de la afectividad*

La dificultad para acceder a la comprensión objetiva de la afectividad se entiende por una característica esencial de la misma: la *subjetividad*⁶⁹. Si bien es cierto que la afectividad está ligada a la consecución de objetivos y a la relación del ser humano con el mundo, no obstante, su núcleo 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»⁷⁰.

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»⁷¹. Efectivamente, la afectividad se hace presente en el ser humano mediante la expresión corporal⁷². Y es que, por

ejemplo, ruborizarse es expresión de vergüenza o perplejidad, por lo menos en nuestra cultura. Así pues, la relación que existe entre la afectividad y la manifestación corporal no son dos acontecimientos distintos; al contrario, un hecho psíquico provoca un fenómeno afectivo y se manifiesta a través de la dimensión somática. A su vez, la afectividad tiene su propia expresión lingüística y su estructura proposicional para expresar las causas, las circunstancias y los objetos u objetivos que provoca (ejemplos: «me alegro de que vengas», «espero no enfermar»).

3.3. Elementos comunes de la afectividad

En líneas generales es posible descubrir algunos elementos comunes⁷³ 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 médico informa al paciente que padece una enfermedad grave.

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 paciente, ante la noticia de una enfermedad grave, siente miedo y angustia.

3. *Alteración orgánica*. 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, puede aumentar el ritmo cardíaco y sentir que el corazón se le acelera, 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 inteligencia. Finalmente, en base al ejemplo, el paciente puede reaccionar, o bien queriéndose enfrentar a la enfermedad, o bien, resignándose y negándose a iniciar el tratamiento aconsejado por los médicos.

Es importante señalar que la relación entre estos elementos no se da de forma accidental, más bien se presenta de forma necesaria puesto que son correlativos entre sí.

Es una secuencia que se mantiene constante en todos los casos. Expresado de forma gráfica, los elementos comunes se dan de manera secuencial de la siguiente manera:

Figura 2

Cuadro-esquema de los elementos comunes de la afectividad extraído de Yepes y Aranguren⁷⁴

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

3.4. *Hacia la expresión máxima de la afectividad: el amor*

El amor⁷⁵ constituye la expresión máxima de la afectividad. 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 amado⁷⁶. De este modo, queda evidenciado el carácter intencional y relacional del amor, en cuanto que por sí mismo exige un fin, dirigiéndose hacia algo o alguien. «Todo querer apunta a un fin. Y, si tal finalidad es parcial, se referirá a su vez a otra finalidad ulterior. Y así, hasta pretender llegar a un logro último, a una plenitud existencial»⁷⁷.

El amor humano exige correspondencia. Tiende a la unión de las personas por la vía de su don recíproco⁷⁸. 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 ambos⁷⁹.

También, 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 hundiendo sus raíces en lo más 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»⁸⁰.

Ahora bien, llegados a este punto cabe hacer un breve inciso y preguntarse acerca de la relación entre el deseo y el amor. Es importante advertir que el deseo no presta su fuerza al amor, pues éste ya tiene la suya propia. Ahora bien, en ocasiones, le corresponde al deseo detectar 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»⁸¹.

Tras esta breve aclaración, por último, cabe señalar 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 respetarán, se cuidarán y buscarán el bien y el confort de la otra persona. Indudablemente, es uno de los elementos característicos que debe darse en la asistencia sanitaria y, concretamente, en la Presencia Intencional como forma de relación entre

profesional sanitario y paciente. Sólo desde el amor puede constituirse una relación sincera y de confianza entre ambos.

4. El yo personal

Hasta ahora se ha ido analizando al ser humano en sus diferentes realidades, esto es, como cuerpo, como conocimiento, como afectividad, etc. pero ninguna de éstas muestra la esencia de la persona como tal. Aparece sólo de modo oculto, como presupuesto y fundamento, porque, al hablar del cuerpo, del conocimiento, o de la afectividad, lo que en realidad se piensa es: «yo soy corporal», «yo razono», «yo quiero». Ahora bien, ese «yo», núcleo último que encierra la identidad personal, es lo que cabe considerar en este capítulo.

4.1. *La conciencia*

Antes de adentrarse a profundizar en el yo y en sus aspectos característicos, cabe tratar la conciencia ya que es ella la realidad a través de la cual es posible entender y expresar adecuadamente el yo⁸². Es importante señalar que la conciencia aquí no hace referencia a conciencia moral⁸³ (entendiendo ésta como una actividad del intelecto práctico que juzga acerca de lo bueno y de lo malo). Este apartado habla de la conciencia⁸⁴ en clave de vivencia, como mundo interior, conectando con la subjetividad, con la vida interior de las personas.

En base a lo señalado anteriormente, es posible extraer dos dimensiones fundamentales⁸⁵. En primer lugar, la persona es consciente de todo aquello que acontece en su vida. Cuando actúa, experimenta y vive es consciente de lo que hace. No lo realiza de manera irreflexiva, más bien la conciencia ilumina aquello que está ocurriendo en ese preciso momento, llegando a experimentar la realidad que allí acontece y afirmar que, efectivamente, está sucediendo y es consciente de ello. Cabe advertir aquí que la conciencia no conoce las diferentes acciones, experiencias o vivencias ya que eso le corresponde a la inteligencia. Más bien, lo que hace es iluminarlas para que la persona se dé cuenta de lo que está haciendo, experimentando o viviendo. Una persona puede reír o llorar, querer, conocer, etc. 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 fundamental (y a su vez, la de mayor importancia) hace referencia a la constitución del lugar del yo. En el ser humano existe un espacio interior⁸⁶ 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, por eso mismo, es «la puerta filosófica del yo, que no puede existir si no es amparada y acogida por la subjetividad»⁸⁷.

En resumen, la conciencia presenta dos dimensiones⁸⁸ 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, experiencias y vivencias; otra, la más fundamental, por la que los vive interiormente. Un ejemplo sería cuando aparece 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, miedos y sufrimiento.

4.2. *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»⁸⁹, esto es, el inconsciente⁹⁰. Existe, pues, en la persona una dimensión de naturaleza psíquica que escapa (al menos parcialmente) al dominio de la conciencia. Pero, ¿cómo se puede tener conciencia de algo que es inconsciente⁹¹⁻⁹²? En un primer momento esto puede llevar a confusión y parecer un contrasentido, pero no lo es. Para demostrar la existencia del inconsciente⁹³ 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.

4.3. *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 convergencia⁹⁴ de la propia vida.

Antes que nada, es importante señalar que un yo puro, independiente y autónomo, es una abstracción, una mera idea. Lo que existe es el yo⁹⁵ de una persona concreta, poseedor de un cuerpo, de una mente, de unos sentimientos y de libertad. Y aunque el yo es, en cierto sentido, toda la persona, también se distinguen las partes de la misma con claridad⁹⁶. A partir de aquí, es preciso indagar en las funciones del yo⁹⁷ con respecto al conjunto de la actividad personal:

1. *Fuente de actividad.* El yo es quien actúa y quien decide libremente qué es lo que quiere hacer y qué quiere ser. Sin embargo, cuando el yo duda, la persona también se paraliza.

2. *Unicidad.* La persona está formada por diferentes elementos (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 es 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 similar. La persona es un ser único por su subjetividad y por las decisiones tomadas acerca de sí.

Dicho esto, a partir de aquí surgen algunas dudas que es importante resolver. En primer lugar, puede aparecer la cuestión acerca de la estabilidad del yo con respecto a la temporalidad (el cuerpo envejece, las decisiones cambian, los acontecimientos transcurren, etc. y el yo parece que se mantiene inalterable). A este respecto, cabe señalar que el yo no debe verse como un sustrato inalterable⁹⁸ sino como una realidad capaz de amoldarse y de subsistir⁹⁹ a las circunstancias de la vida.

La siguiente pregunta que puede aparecer es sobre lo que ocurriría si el yo pierde sus facultades. Una cosa es cierta, y es que el yo, al igual que la conciencia y la propia persona no son realidades permanentes¹⁰⁰, 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? Y, si no es responsable de su propia subsistencia y carece de racionalidad, ¿acaso tiene menos valor¹⁰¹ que cualquier otra persona? Ante estas cuestiones sólo cabe una respuesta: existe una realidad más radical que el yo: la persona misma¹⁰². El yo no es un absoluto que subsiste en sí mismo, sino una propiedad¹⁰³ del ser personal por el que éste toma conciencia de sí. Por tanto, todo paciente debe ser tratado con el mismo respeto y dignidad¹⁰⁴ en todas las fases de la enfermedad, como cualquier otra persona. Y, a su vez, los profesionales sanitarios deben encaminar sus atenciones y cuidados a buscar el bienestar del paciente. Esto es lo que se precisa en una adecuada Presencia Intencional.

5. La libertad

Una de las grandes realidades que define a 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.

5.1. *Aproximación al concepto: la persona como ser libre*

Antes de ahondar en las cuestiones relacionadas con la libertad, es importante primeramente aclarar el concepto. Para ello, señalar que ésta tiene cuatro grandes planos, que se superponen y se implican mutuamente¹⁰⁵.

El primero de ellos, se le denomina libertad constitutiva (también llamada fundamental o transcendental). Este primer nivel es el más profundo e indica que la persona es una intimidad libre, un espacio interior que nadie puede poseer si ella misma no quiere. Así pues, la libertad constitutiva puede definirse como un «poseerse en el

origen»¹⁰⁶, 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 cualquier persona puede tener una creencia, un deseo o un amor aun sufriendo y padeciendo cautiverio, prisión, coacción, rechazo o castigo. 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. Por ello, el segundo plano de la libertad es la apertura¹⁰⁷ a todo lo real. Y es que ser libre significa estar abierto y ser capaz de interactuar con el mundo de una manera ilimitada y casi-infinita¹⁰⁸ en coherencia con la espiritualidad del ser humano. 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 actividad¹⁰⁹, esto es, 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. Es la propia persona, desde su radical libertad, la que está en sus manos para alcanzar su propia plenitud. Por medio de ella, el ser humano forja su proyecto de 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»¹¹⁰. Por tanto, ésta no puede consistir en la pura indeterminación o en la simple posibilidad de elección. La libertad es propiamente la autodeterminación: el ejercicio de ésta consiste en determinarse por sí mismo y desde sí mismo hacia un objetivo, una meta.

Por último, es muy importante advertir que una persona no es sólo libertad, como si de un ser desdibujado que empieza de cero se tratase. A este respecto, el cuarto plano hace referencia a la *síntesis pasiva*¹¹¹ o *segunda naturaleza*¹¹². La persona convive con todo lo que ya es¹¹³: su propio cuerpo, los elementos genéticos, cognitivos, afectivos, educacionales que toda persona recibe en su nacimiento y en su tradición propia. Así pues, el ser humano vive desde unas características biológicas y biográficas determinadas y concretas. Por ello, cuenta con una *libertad situada*¹¹⁴, esto es, es libre desde esas características. De este modo, la síntesis pasiva o segunda naturaleza hay que

asumirla, no como un lastre o un obstáculo, sino como una riqueza que pone al ser humano en condiciones de formular libremente un determinado proyecto vital¹¹⁵.

5.2. La estructura esencial de la libertad

Tras describir las características definitorias, es preciso explicar la parte de la libertad¹¹⁶ que otorga al ser humano la capacidad de autodeterminarse, elegir y decidir entre diferentes opciones que se le pueden presentar en un escenario determinado y que definen su experiencia vital. De hecho, cabe señalar que en la expresión «yo quiero algo» se anuncia de manera experiencial la estructura esencial de la libertad¹¹⁷.

• Autodeterminación

Antes que nada, es importante señalar que, cuando se dan de manera conjunta la autoposesión¹¹⁸ y el autogobierno¹¹⁹ tiene lugar una nueva dimensión, la intimidad¹²⁰: 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 de un espacio interior inviolable, que puede definirse entonces como ser dueño de uno mismo, y, en consecuencia, de las propias manifestaciones y acciones»¹²¹. Pues bien, es precisamente este dominio de la persona sobre sí misma el que hace posible la autodeterminación¹²².

No obstante, es importante advertir que la libertad no consiste en independencia sino en su contrario, esto es, en dependencia, no en cuanto a los objetos sino de la persona misma. «En abstracto, la libertad es independencia, falta de dependencia. Pero, al contrario, la falta de dependencia del yo en la dinamización de un sujeto concreto equivale a la falta de libertad, a la falta de su fundamento real»¹²³. Efectivamente, para que una persona sea libre, ha de ejercer su libertad.

• Elección

Si la libertad de autodeterminación consiste en la dependencia de la propia persona para ejercer su libertad; la libertad de elección¹²⁴ hace referencia a la independencia del objeto con respecto al ser humano. Efectivamente, la persona tiene conciencia de que puede elegir y de que puede elegir esto o aquello¹²⁵.

Del mismo modo, es importante señalar que cualquier elección libre sólo se producirá si la propia persona tiene conciencia de que su elección nace de su propio interior y está en consonancia con sus valores¹²⁶. En efecto, toda elección viene precedida de unas preferencias libremente asumidas de modo jerárquico que se denominan valores. A este respecto cabe señalar que:

a) 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.

b) Están asumidos por la persona que considera que le benefician y constituyen algo valioso para su existencia.

c) Son criterios de acción. El ser humano se mueve y se esfuerza para conseguir los valores que considera relevantes para su vida.

d) 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, los valores influyen significativamente en lo que cada persona considera que está bien¹²⁷ y es bueno para su vida. Pueden hacer inclinar la voluntad en un determinado sentido, pero eso no significa que anulen la libertad¹²⁸ que todo ser humano posee.

• *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 decisión¹²⁹. En este sentido, cuando una persona decide llevar a cabo una determinada acción:

1. Elige 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.

Y es que el ser humano decide sobre sí mismo decidiendo sobre el objeto. Del mismo modo sucede en decisiones más trascendentales.

Ahora bien, es importante resaltar que cualquier persona es responsable de sus actos por el simple hecho de que son suyos, porque es él el que los lleva a cabo. 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»¹³⁰. Es en este punto donde la ética juega un papel decisivo.

En la asistencia sanitaria, por medio del principio de autonomía, el paciente decide todo aquello que los profesionales asistenciales proponen como necesario según su estado de salud. Sin embargo, la tarea primordial de los agentes sanitarios no es solo mostrar al paciente las diferentes opciones reales que tiene frente a sí; uno de sus grandes retos es crear y facilitar las condiciones apropiadas para que se produzca un encuentro real con el paciente con tal de que pueda expresar libremente sus dolencias, dudas, miedos, inquietudes, etc. Y, una vez expuestas y tratadas todas ellas, pueda decidir qué es lo más beneficioso para sí. Por medio de la Presencia Intencional es posible llegar a conseguirlo.

6. La comunicación

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 la mirada, las manos, etc. En definitiva, la comunicación humana es dinámica y compleja, por lo que resulta de interés adentrarse en ella para poder vislumbrar cómo repercute en la Presencia Intencional.

6.1. Aproximación al concepto: la persona como ser comunicativo

Antes de adentrarse en otros aspectos de la comunicación, es fundamental preguntarse primeramente acerca del significado del mismo. La comunicación se define como «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 intergrupala»¹³¹. Dicho de otra forma, la comunicación¹³² es un proceso por el cual un emisor, le envía un mensaje a un receptor, pudiendo encontrarse ambos distantes en el espacio y/o el tiempo, para transmitir una determinada información. En ese diálogo¹³³ se trasladan conocimientos, 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 poder entenderse. Un ejemplo claro es la gramática de algún idioma, los algoritmos en informática) y un canal (medio físico por donde se transmiten las señales. Por ejemplo, el aire, en el caso 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.

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 al habla y a la escritura. Tiene la función de servir de vehículo a los contenidos explícitos del mensaje. En cambio, la comunicación no verbal¹³⁴ 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. Una cosa está clara, y es que no es posible no comunicar¹³⁵, es decir, cualquier persona siempre está en constante intercambio de información, incluso cuando está en silencio.

6.2. La comunicación y el lenguaje

Tras definir y señalar los aspectos propios de la comunicación, cabe ahora centrar la mirada en el lenguaje. En primer lugar, éste se define como «un sistema representativo de signos dotado de significación, que constituyen una forma de comunicación específica de los seres humanos»¹³⁶. También alude a «un método exclusivamente

humano, no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de manera deliberada»¹³⁷. Cabe destacar que el tipo de lenguaje más utilizado por las personas es el habla.

Dicho esto, se evidencia que, por medio del lenguaje es posible estar abierto a los demás¹³⁸. Y es que éste no sólo hace sociable al ser humano 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: el lenguaje permite participar a las personas comunitariamente al hacer posible compartir las mismas apreciaciones morales¹³⁹.

Ahora bien, es importante advertir que, por medio del lenguaje se puede enmascarar, desfigurar, ocultar información y la propia realidad¹⁴⁰. Por ello, cabe resaltar la importancia que tiene prestar atención a lo que una persona comunica. En este sentido, saber escuchar es algo importante y necesario en las personas porque permite conocer a quien hay enfrente y recabar información útil desde el punto de vista humano, aparte de aumentar los propios conocimientos. También ayuda a comprender otras perspectivas y a colocarse en el lugar de los demás. A su vez, la observación permite vislumbrar aquello que con palabras la persona no sabe, no puede o no quiere transmitir.

Dicho esto, para concluir este tema, cabe recordar que los profesionales sanitarios están en constante comunicación con los pacientes, con las familias de éstos, con los propios compañeros del trabajo, etc. Ahora bien, tal y como se ha dicho anteriormente, comunicar lo hace todo el mundo. No obstante, para llegar a conseguir una adecuada Presencia Intencional dependerá de la forma en que las personas implicadas en una relación de enfermedad comunican ya que, si se pretende crear un clima de confianza, de sinceridad y de intimidad en el que poder expresarse abiertamente y poder exponer todo aquello que afecta a las personas involucradas, será necesario una adecuada comunicación a todos los niveles, esto es, tanto a nivel verbal como a nivel no verbal. Hablar desde el respeto, pero siendo cercanos; tener en cuenta la tonalidad de la voz, la expresión a través de las manos, la manera de mirar, etc. puede favorecer o entorpecer la relación profesional sanitario-paciente. Por supuesto, también destacar la importancia de la escucha activa y la observación.

7. La sociabilidad

Por último, este extenso capítulo sobre los elementos que estructuran la Presencia Intencional quedaría incompleto si no se hiciera una referencia explícita a la sociabilidad del ser humano. En efecto, la persona es un ser social y, por ello, tiene una predisposición natural a las relaciones con el mundo y con las demás personas¹⁴¹.

7.1. Aproximación al concepto: la persona como ser social

Antes de profundizar en las cuestiones relacionadas con la sociabilidad, es importante primeramente aclarar el concepto. El término sociabilidad alude fundamentalmente a «la asociación libre de individuos que se unen para conseguir algún fin»¹⁴². También hace referencia a la «vinculación real de ámbito personal que cada persona mantiene con cada persona distinta, con cada quién, para aceptar y para darse»¹⁴³.

Dicho esto, es importante señalar que el ser humano es un ser naturalmente social por el hecho de que necesita la ayuda de otras personas para vivir, no de cualquier manera, sino como ser humano¹⁴⁴. Por tanto, que la persona sea esencialmente con otros quiere decir que los demás, de alguna manera, determinan y configuran su propio ser personal. 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-demás¹⁴⁵, en las relaciones múltiples con las demás personas, esto es, la familia, el grupo de amigos, la empresa, el barrio, la ciudad, el Estado, etc.

En efecto, la persona convive con los demás y se agrupa socialmente, y de ellos recibe ayuda, educación, convivencia social y compañía, dando lugar a formar una comunidad¹⁴⁶. A su vez, dentro de la misma, los individuos se organizan, se compenetran, buscan aficiones e intereses compartidos, se crea proximidad, se establecen vínculos afectivos, etc. y dejan de ser una mera comunidad para dar lugar a una comunión de personas¹⁴⁷, 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 se denomina la sociedad humana.

7.2. *Las relaciones sociales*

A partir de lo señalado anteriormente, es importante indicar las tres principales clases de relaciones¹⁴⁸ que pueden darse en una sociedad:

a) *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 redonda en la pérdida de la otra. Además, pueden incorporarse razones subjetivas, tales como los celos, la envidia, etc.

b) *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 tienden a un mismo fin. Su principio definitorio es: «si tú ganas, yo también, ganamos todos».

c) *Relaciones solidarias*. El principio que rige este tipo de relación es: «yo pierdo para que tú ganes». Son relaciones asimétricas entre personas con circunstancias distintas, pero en las que uno está dispuesto a perder para que el otro gane. Un claro ejemplo serían los padres, dispuestos siempre a sacrificios y desvelos para asegurar que su hijo vaya adelante en su crecimiento personal y profesional.

Habiendo descrito los tres principales tipos de relación que pueden darse, cabe precisar que la Presencia Intencional se vincula a los dos últimos, estos son, la relación cooperativa y la relación solidaria. En efecto, por un lado, en la relación profesional sanitario-paciente, reconociéndose mutuamente ambos como personas dotadas de una dignidad ontológica, cooperan juntos desde el diálogo y el compromiso para conseguir objetivos comunes, estos son, la salud y la excelencia en el cuidado (relación cooperativa). Por otro lado, el agente sanitario, para conseguir los objetivos anteriormente señalados, estará siempre dispuesto a sacrificios y desvelos para asegurar que el paciente recibe los cuidados requeridos y el confort necesario durante el proceso de recuperación de la salud o en los momentos finales de la vida (relación solidaria).

Dicho esto, también es importante destacar el papel de la familia¹⁴⁹ ante la enfermedad. Cuando aparece, no sólo perjudica al paciente, sino también de una forma u otra, todos y cada uno de los miembros de la familia se ven afectados¹⁵⁰. Y es que la situación generada por la aparición de una enfermedad comporta una serie de crisis consecutivas¹⁵¹ 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»¹⁵². Ante esta nueva realidad que se presenta, algunos de los familiares (sobre todo los que asumen el rol de cuidador principal), al realizar la tarea de cuidado y acompañamiento, pueden experimentar situaciones estresantes y de sobrecarga como consecuencia de descuidar sus propias necesidades, pudiendo llegar incluso a ocasionarles 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»¹⁵³. Por ello, es importante que los profesionales sanitarios estén alerta y se anticipen a las posibles complicaciones que puedan surgir a nivel familiar como consecuencia de la aparición de la enfermedad en el paciente. En este sentido, realizando una adecuada Presencia Intencional es posible:

a) Valorar la respuesta del paciente y de la familia a la situación que están viviendo y atender las necesidades que precisan.

b) Analizar el soporte físico y emocional que están proporcionando las personas significativas del entorno del paciente, y trabajar con aquellos familiares que no saben afrontar o manejar la situación de manera adecuada.

c) 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 psicólogo tratará de reconducir la situación de estrés emocional buscando objetivos concretos; el trabajador social ayudará a buscar recursos (humanos, económicos, etc.) para el manejo de esta situación, etc.

Notas

1. Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 67.
2. Marías J. Persona. Madrid: Alianza, 1997; 135.
3. «Tener cuerpo y ser cuerpo». Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 71-72.
4. 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.
5. «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 sollicitación 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». Mounier E. El personalismo. Madrid: Acción Cultural Cristiana, 1997; 22.
6. Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 68.
7. Ferrer U. ¿Qué significa ser persona? Madrid: Palabra, 2002; 138.
8. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 139.
9. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 71.
10. Murillo J I, Giménez-Amaya J M. Diccionario de Filosofía. Pamplona: EUNSA, 2010; 730-731. Spaemann R. Lo natural y lo racional. Madrid: Rialp, 1989; 21-29. 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. Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 71. Ortega define al ser humano como «un centauro ontológico» ya que una parte de él está inmersa en la naturaleza; la otra parte, sin embargo, trasciende de ella. Ortega y Gasset J. Meditación sobre la técnica. Madrid: Santillana, 1997; 34.
11. Murillo J I, Giménez-Amaya J M. Diccionario de Filosofía. Pamplona: EUNSA, 2010; 783-785. Frankl V. La idea psicológica del hombre. Madrid: Rialp, 1999; 67-82.
12. 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». Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 30. 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 interioridad se visibiliza, se comunica y se autoelabora históricamente en el tiempo y en el espacio». Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 1996; 159.
13. Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 196.
14. Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza, 1986; 482.
15. «El sexo es constitutivo de la persona, no simple atributo suyo». Wojtyla K. Persona y acción. Madrid: BAC, 1982; 242. «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». Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 87.
16. 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 (...). 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, viven la realidad entera desde él. Esta instalación es *previa a todo comportamiento sexual*, Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 164.
17. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 86.
18. López Moratalla N. Cerebro de mujer y cerebro de varón. Madrid: Rialp, 2007; 54. «Esto demuestra lo profundamente que el hombre, con toda su soledad espiritual, con la unicidad e irrepitibilidad propia de la persona, está constituido por el cuerpo como *él* o *ella*». Juan Pablo II. Varón y mujer. Teología del cuerpo. Madrid: Palabra, 1995; 78.

19. García Cuadrado J. A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 139.
20. Aparisi A. El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Cuadernos de Bioética, 2013; 24(81): 201-221.
21. «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 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.
22. «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». Ruiz de la Peña J L. La otra dimensión. Santander: Sal Terrae, 1986; 215-216.
23. «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». Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 84. Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 85-86.
24. «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». Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 349-350. «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, incierta y vaga en la anticipación del futuro. La vida se presenta en todo caso como afectada por la finitud temporal: su fórmula es «los días contados». Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Alianza, 1970; 179-180.
25. Ortega y Gasset J. Historia como sistema. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007; 57.
26. Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 72.
27. «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 temporalidad de la vida humana no está hecha de instantes, de puntos temporales desconectados entre sí, sino de momentos engarzados significativamente». Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 351.
28. «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». Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 351.
29. «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». Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 352-353. Bayés R. Algunas aportaciones de la psicología del tiempo a los cuidados paliativos. Medicina Paliativa, 2007; 7(3): 101-105.
30. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 88.
31. «La fisonomía y los gestos son expresión de la personalidad y de la vida anímica». Stein E. Ciencia de la Cruz. Burgos: Monte Carmelo, 2006; 87.
32. Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza, 2013; 63.
33. «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 (...).». Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Rev. de Occidente, 1970; 128-134.
34. «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.

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

36. «Nadie me preguntó si quería venir al mundo y nadie puede hacer nada para quedarse en él». Gevaert J. El problema del hombre: Introducción a la Antropología Filosófica. Salamanca: Sígueme, 2003; 306-307.

37. Jomain C. Morir en la ternura. Vivir el último instante. Madrid: San Pablo, 1994; 48. «La muerte 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». Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 359.

38. Saber que toda persona va a morir algún día, Scheler lo denomina «certeza intuitiva». Scheler M. Muerte y supervivencia. Madrid: Encuentro, 2002; 31.

39. «La muerte es un hecho que afecta al hombre entero». Rahner K. El sentido teológico de la muerte. Barcelona: Herder, 2010; 15. «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.

40. «La muerte hace preciosos y patéticos a los hombres. (...) Cada acto que ejecutan puede ser último. Borges J L. El Aleph. Madrid: Alianza, 1997; 25-26.

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

42. «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 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». Burgos J. M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 141.

43. «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.

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

45. «Los sentidos son las facultades orgánicas cuya actividad constituye la primera fase del proceso cognoscitivo». Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 95.

46. Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 261.

47. Marías J. Antropología metafísica. Madrid: Alianza, 1970; 138.

48. La percepción es «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». Díaz Aguilar P, Mézcua Navarro S, Canales Molina J, Romero García P J. Manual CTO de Enfermería. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 2007; 548.

49. Lucas R. El hombre, espíritu encarnado. Salamanca: Sígueme, 2008; 102.

50. «Es aquella facultad con soporte orgánico que capta o siente en común los diversos actos de los sentidos externos». Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 265.

51. La memoria se define como «la capacidad con base orgánica cuyo objeto propio son *recuerdos* referidos a realidades particulares y concretas del pasado». Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 265. «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.

52. 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. «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.

53. 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.

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

55. «Mediante la inteligencia formamos ideas (o conceptos), juicios y razonamientos, gracias a los cuales el hombre accede a la verdad *esencial* de la realidad». García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 74.

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

57. «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. 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.

58. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 82.

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

60. *Íbid.*, pp. 152-153.

61. Hildebrand D. El corazón. Madrid: Palabra, 2001; 31-54.

62. Yepes define los sentimientos como «las tendencias sentidas». Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología. Pamplona: EUNSA, 2009; 57.

63. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 94-95.

64. *Íbid.*, pág. 98.

65. «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.

66. Scheler M. Ética. Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético. Madrid: Caparrós, 2001; 444-465. Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 239-240. Malo A. Antropología de la afectividad. Pamplona: EUNSA, 2004; 54-62.

67. Marina J A. El laberinto sentimental. Madrid: Anagrama, 1996; 87-99. Se define como «el modo de sentir las tendencias». Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 223.

68. Brennan R E. Psicología general. Madrid: Morata, 1969; 247. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 108-109.

69. Gudín M. Cerebro y afectividad. Pamplona: EUNSA, 2001; 61.

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

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

72. Gudín M. Cerebro y afectividad. Pamplona: EUNSA, 2001; 63. «La afectividad dice algo del sujeto que siente: la manera de estar afectado por los objetos y por el mundo en general». Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 47. «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». Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 99-100.

73. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 110. Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 46.

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

75. Hildebrand D. El corazón. Madrid: Palabra, 2001; 84-89. García López J. Estudios de Metafísica tomista. Pamplona: EUNSA, 1976; 258-259. Melendo T. El verdadero rostro del amor. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2006; 53-69.

76. «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.

77. Llano A. Deseo y amor. Madrid: Encuentro, 2013; 70-71.

78. «Amar es cuidar; cuidar es amar». Spaemann R. Felicidad y benevolencia. Madrid: Rialp, 1990; 273. «Amar es temer por otro, socorrer su debilidad». Lévinas E. Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad. Salamanca: Sígueme, 2006; 266.

79. «La persona es dueña de sí misma, intransferible e irremplazable, 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». Wojtyła K. Amor y responsabilidad. Madrid: Palabra, 2008; 92-159.

80. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 113-115.

81. Ortega y Gasset J. Estudios sobre el amor. Madrid: Espasa, 1984; 66.

82. «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 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.

83. Guardini R. Ética. Madrid: BAC, 2010; 83.

84. Millán-Puelles A. La estructura de la subjetividad. Madrid: Rialp, 1967; 151. «La conciencia es la unidad con uno mismo». d'Ors P. Biografía del silencio. Madrid: Siruela, 2012; 35. «La conciencia es la dimensión reflexiva del conocimiento». Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 305. «La conciencia es el conocimiento de lo que ha sido constituido y comprendido». Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 41.

85. Buttiglione R. El pensamiento de Karol Wojtyła. Madrid: Encuentro, 1992; 154-168.

86. Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 64.

87. Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 99.

88. García Cuadrado J A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010, 107.

89. Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 100.

90. «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». Myers D G. Psicología. Buenos Aires: Panamericana, 1990; 471. Jung C G. Los complejos y el inconsciente. Madrid: Alianza, 1969; 116. *Ibid.*, pp. 89-120.

91. Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 206-207.

92. Maritain J. La intuición creadora en el arte y en la poesía. Madrid: Palabra, 2005; 67.

93. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Paidós, 1999; 39-48.

94. Aranguren J. Antropología filosófica. Madrid: McGraw-Hill, 2003; 135-138. Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 311.

95. Castilla Del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets, 2000; 347.

96. «Mis manos son mías, son parte de mí, pero no son mi yo, sino una parte de mi ser situada bajo su influjo». Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 103.

97. Jaspers K. Psicopatología general. México: Fondo de Cultura Económica, 1993; 139-148. Jaspers K. Filosofía (vol. I). Puerto Rico: Revista de Occidente, 1958; 419-447.

98. «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». Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 211. Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 425.

99. «Que el ser vivo sea siempre *el mismo* no significa que sea siempre *lo mismo*». Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 425.

100. Singer P. Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra Ética tradicional. Barcelona: Paidós, 1997; 199-206.

101. «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. «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, euthanasia 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.

102. «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 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». Burgos J.M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 213-214. «*Quién* significa: intimidad única, un yo interior irreplicable, 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 irreplicable: 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.

103. García Cuadrado J.A. Antropología filosófica. Pamplona: EUNSA, 2010; 108.

104. Bellver Capella V. La enfermera y la dignidad del paciente. Rol de Enfermería, 2014; 37: 8-13.

105. 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. Millán-Puelles A. El valor de la libertad. Madrid: Rialp, 1995; 148.

106. Polo L. La esencia del hombre. Pamplona: EUNSA, 2011; 163.

107. «La libertad consiste en la infinita apertura que al ser personal le otorga precisamente su condición de persona, caracterizada por la capacidad de entender y de querer». Barrio J.M. Los límites de la libertad. Madrid: Rialp, 1999; 15.

108. A modo de aclaración, cabe decir que la persona es un ser en cierto modo infinito porque es susceptible de un enriquecimiento infinito, es decir, 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.

109. «La libertad hace que el ser humano sea la causa de sí mismo en el orden de las operaciones». Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 409.

110. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 260.

111. Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 123. «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». Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 392.

112. Spaemann R. Personas: acerca de la distinción entre «algo» y «alguien». Pamplona: EUNSA, 2010; 192.

113. Barrio J.M. Los límites de la libertad. Madrid: Rialp, 1999; 16.

114. Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 123.

115. «Es a partir de la naturaleza humana que ha recibido cada persona desde dónde puede hacerse a sí mismo». Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 1998; 183-184.

116. Karol Wojtyła 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». Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 143.

117. «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 mí 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*». Burgos J.M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 86.

118. La autoposesión 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». Burgos J.M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 86.

119. «El autogobierno es la capacidad del hombre de gobernarse a sí mismo y no sólo de controlarse». Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 124-125.

120. La intimidad es «ese espacio interior que la libertad posibilita en uno mismo». Sellés J.F. Antropología para inconformes. Madrid: Rialp, 2011; 539.

121. Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 121.

122. Spaemann R. Personas. Pamplona: EUNSA, 2010; 205-206. Taylor C. Ética de la autenticidad. Barcelona: Paidós, 1994; 84.

123. Wojtyła K. Persona y acción. Madrid: BAC, 2007; 144.

124. Melendo T. Las dimensiones de la persona. Madrid: Palabra, 1999; 59.

125. La libertad «es siempre intencional», se encamina hacia una realidad concreta. Burgos J.M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 173. Juan Pablo II. Carta Encíclica Veritatis Splendor. Madrid: Palabra, 1993; 69-71.

126. Un valor se define como «un bien específico en cuanto asumido por una persona determinada en su universo vital y afectivo». Yepes Stork R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología: Un ideal de la excelencia humana. Pamplona: EUNSA, 1996; 89-97.

127. 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. Llano A. El futuro de la libertad. Pamplona: EUNSA, 1985; 116.

128. Gonzalo Sanz L M. Entre la libertad y determinismo. Madrid: Cristiandad, 2007; 76-82.

129. Burgos J M. Antropología breve. Madrid: Palabra, 2010; 90-91.

130. Burgos J M. Antropología: una guía para la existencia. Madrid: Palabra, 2009; 174.

131. Lomonosov B F. El problema de la comunicación en Psicología. La Habana: Ciencias Sociales, 1989; 89.

132. Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1993; 23.

133. Vaamonde L M. Técnicas de comunicación hoy. Madrid: MacGraw-Hill, 1993; 58. Francois F. El lenguaje, la comunicación. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973; 35-49. Bel Mallén J A. Comunicar para crear valor. Pamplona: EUNSA, 2004; 67.

134. Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza, 2013.

135. Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1993; 58. Descamps M A. El lenguaje del cuerpo y la comunicación corporal. Bilbao: Deusto, 1992; 42-56.

136. Díaz Aguilar P, Mézcua Navarro S, Canales Molina J, Romero García P J. Manual CTO de Enfermería. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana, 2007; 256.

137. Vicente J, Choza J. Filosofía del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 40.

138. «El ser del hombre se funda en el lenguaje, pero éste sólo tiene lugar propiamente en la conversación». Heidegger M. Interpretaciones sobre la poesía de Hölderlin. Barcelona: Ariel, 1983; 59. «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». Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 134.

139. «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». Aristóteles. Política. Madrid: Mestas, 2004; 49-52.

140. «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». Heidegger M. Interpretaciones sobre la poesía de Hölderlin. Barcelona: Ariel, 1983; 58-60.

141. «El ser del hombre es coexistir». Polo L. Presente y futuro del hombre. Madrid: Rialp, 1993; 157-164.

142. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 145.

143. Sellés J F. Antropología para inconformes. Pamplona: Rialp, 2011; 391.

144. «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». Coreth E. ¿Qué es el hombre? Barcelona: Herder, 1985; 84. Stein E. La estructura de la persona humana. Madrid: BAC, 1998; 246-273.

145. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 2009; 110.

146. «La 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». Castilla B. Persona femenina Persona masculina. Madrid: Rialp, 2004, 49.

147. Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza, 2007; 270.

148. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 165-166.

149. La familia se entiende como «el grupo de personas vinculadas entre sí por algún tipo de relación biológica, emocional o legal». Cabodevilla I. Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014; 145. Kingsley D. La sociedad humana. Buenos Aires: Universitaria, 1974; 419. Gea A. Acompañando en la pérdida. Madrid: San Pablo, 2007; 115.

150. «La experiencia de la enfermedad es una tensión que comparten pacientes y familia». Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 261.

151. Fernández-Abascal E G. Emociones y salud. Barcelona: Ariel, 1999; 54. «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». Cabodevilla I. Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014; 141. «Los 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». Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 261.

152. Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 261.

153. Obra Social Fundación La Caixa. Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Barcelona: Fundación La Caixa, 2008.

VI. REHUMANIZAR LA ASISTENCIA SANITARIA

Es frecuente observar cómo, en la asistencia sanitaria, la enfermedad es tratada técnicamente, sin tener en cuenta a la persona que la está padeciendo. En este sentido, afirmar que la enfermedad es sólo un problema bioquímico o una alteración de la biología del sujeto es un profundo error puesto que detrás de ésta hay una persona que siente y padece. Así pues, es importante volver la mirada a la persona y rehumanizar¹ la asistencia sanitaria para poder dar cobertura holística al sujeto doliente. Para ello será necesario la aplicación de la Presencia Intencional puesto que engloba las características que debe atesorar una relación entre el profesional sanitario y el paciente para que sea humanamente satisfactoria.

En los últimos años, son frecuentes las referencias que apelan a la rehumanización² de la asistencia sanitaria. En una primera aproximación, este término parece que quiere transmitir la idea de que dicha labor 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 reconducir esa situación. Así pues, se hace referencia al término *rehumanizar* en el sentido de «volver a humanizar un hecho o un proceso»³. No obstante, esto no es así ya que no se parte de la premisa de que la atención sanitaria se haya deshumanizada, 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 más acordes con el respeto debido a la dignidad humana⁴. 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 necesidades⁵ 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 una forma de relación en la que se reconoce la dignidad ontológica de los sujetos implicados.

En este sentido, resulta importante recordar que la profesión sanitaria no es sólo la aplicación de técnicas y protocolos clínicos; también debe tener una adecuada competencia relacional para ofrecer toda una serie de técnicas humanas que faciliten la interacción con el paciente y, por tanto, poder desarrollar con éxito la Presencia Intencional. Para ello, será necesario que los profesionales sanitarios posean un conjunto de conocimientos y una serie de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre⁶. Cabe señalar, además, que rehumanizar no sólo es tarea éstos; más bien es de todos los implicados, es decir, de pacientes y de profesionales sanitarios fundamentalmente (sin olvidar al equipo asistencial y a la familia). Estas dos direcciones de la rehumanización (hacia la persona enferma y hacia el agente asistencial) no son opuestas; en gran medida son convergentes, de manera que progresar en una dirección puede ayudar a avanzar en la otra.

A partir de aquí, es preciso señalar que existen diferentes factores que contribuyen a deshumanizar⁷ la práctica asistencial:

a) En primer lugar, están los factores culturales⁸, 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.

b) La evolución de la relación entre el profesional sanitario y el paciente⁹ también puede generar dificultades que obstaculicen una asistencia humanizadora. Aspectos tales como habilidades de comunicación y de ayuda no han tenido la importancia requerida en la formación sanitaria. Si a esto se le añade que cuando se introducen en el mundo laboral se encuentran con una dinámica asistencial y una orientación predominantemente biologicista, el propio sistema hace que los profesionales sanitarios tiendan a situar en un segundo plano los aspectos humanos de la profesión. Además, los cambios en la relación con el paciente pueden dar lugar a la existencia de expectativas y modelos de relación contrapuestos, como es el caso, por ejemplo, de una relación paternalista¹⁰ por parte del profesional asistencial.

c) El ingreso en un centro asistencial¹¹ se puede considerar como un factor potencialmente deshumanizante en la propia práctica asistencial debido, en primer lugar, a la propia enfermedad, que por sí misma, conlleva inseguridad, preocupación, sufrimiento y angustia. En segundo lugar, el hospital, la residencia, el centro de día, etc. son lugares totalmente desconocidos, que conllevan incomodidades y que obligan a romper con la rutina habitual¹². A su vez, permanecer ingresado en un centro asistencial produce en el paciente la ruptura de las relaciones sociales y laborales, ya sea de manera temporal o de forma permanente. Por último, los factores organizativo-estructurales¹³ también contribuyen a la deshumanización de la profesión sanitaria: 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.

Pese a lo especificado anteriormente, es preciso señalar que la mayoría de los profesionales sanitarios¹⁴ son capaces de sacar lo mejor de sí mismos y anteponerse a las adversidades que van presentándose día tras día en el desarrollo de su profesión, preocupándose, no sólo por el problema específico de salud, sino también por la persona que vive ese proceso de enfermedad. En este sentido, resulta evidente que rehumanizar forma parte de su tarea fundamental¹⁵. Sin embargo, no viene mal recordar que tienen en la rehumanización una importante responsabilidad¹⁶, o al menos están llamados a desempeñarla. Para ello, la Presencia Intencional puede contribuir muy favorablemente. Ésta consiste en una determinada forma de relación basada en el respeto a la dignidad de la persona desde su concepción hasta la muerte natural, y en el amor hacia la profesión y los pacientes. A su vez, por medio de ésta, se origina la búsqueda de la excelencia a través de los cuidados. Y es que, los agentes sanitarios trabajan incansablemente para

conseguir el bienestar y la pronta recuperación del paciente y, en casos de enfermedad incurable, son ellos los que acompañan y confortan al sujeto doliente y a su familia en el duro trance que ello supone.

Notas

1. Arroyo Gordo M. Calidad y Humanización de los Cuidados. *Metas de Enfermería*, 2001; 39: 26-31. «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.
2. Cañas J L. De la deshumanización a la rehumanización. *Pensamiento y Cultura*, 2010; 13(1): 67-79.
3. 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.
4. López Guzmán J. Reflexiones sobre la rehumanización de la sanidad. Libro homenaje al prof. Ballesteros. En imprenta.
5. García Férrez J. Diez palabras clave en humanizar la salud. Estella: Verbo Divino, 2001; 29.
6. Bermejo J C. Humanizar la salud. Madrid: San Pablo, 1997; 86-88.
7. Santos Hernández A M. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, 2003; 50: 41-54. Vielva J. *Ética profesional de la Enfermería*. Bilbao: Descleé De Bouver, 2007; 223-240.
8. 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.
9. 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.
10. Beauchamp T L, Childress J F. *Principios de Ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999; 118-119.
11. Murillo de la Vega S. La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. *Política y sociedad*, 2000; 35: 74-75. Marchesi P L. Por un hospital más humano. Madrid: Paulinas, 1986; 21-24.
12. «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 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». Murillo de la Vega S. *La invisibilidad del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios*. Madrid: Política y sociedad, 2000; 35: 74-75.
13. Vielva J. *Ética profesional de la Enfermería*. Bilbao: Descleé De Bouver, 2007; 227. Brusco A. *Humanización de la asistencia al enfermo*. Santander: Sal Terrae, 1998; 59.
14. Bermejo J C. Salir de la noche. Por una Enfermería humanizada. Santander: Sal Terrae, 1999; 76.
15. Hewa S, Hetherington R. Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. *Journal of Medical Ethics*, 1990; 16(4): 179-184.
16. Poblete T M. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2007; 20(4): 499-503.

VII. LA PRESENCIA INTENCIONAL, UN PARADIGMA NECESARIO

Tras llegar al tramo final de este libro, es importante, por último, vislumbrar la necesidad real de vincular la Presencia Intencional a las cuestiones sanitarias.

1. La Presencia Intencional en la relación profesional sanitario-paciente

Desde el punto de vista asistencial, el profesional sanitario, siendo conocedor de la realidad y fijando la mirada en la persona enferma, 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 factores (los cuales se detallarán más adelante) deben ser tenidos en consideración debido a que pueden modificar el grado de confianza o relación.

En cuanto a la aplicación de una auténtica Presencia Intencional por parte de los profesionales sanitarios en la atención asistencial, es posible afirmar que ésta les ayudaría a realizar su trabajo en plenitud ya que sería el medio para dotarlo de la necesaria perspectiva humana. Y es que esta forma de relación contribuye a que el desempeño de su labor sea realizado correctamente, buscando siempre la excelencia en la atención y en los cuidados, apartando así a los profesionales sanitarios de la rutina y del posible hastío que provoca un trabajo contemplado como un fin en sí mismo.

Por otro lado, las expectativas y necesidades del paciente determinan la solicitud y el grado de implicación que los profesionales sanitarios pueden ofrecer durante la Presencia Intencional (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, contemplación, buena relación con el personal sanitario¹ y determinar el nivel de vulnerabilidad que se percibe durante el periodo de enfermedad.

Ante el proceso asistencial, los agentes sanitarios 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. Además, no sólo se responsabilizan de la propia persona enferma, sino que son conscientes del papel que juega la familia en una situación así. Por ello, siempre teniendo presente la voluntad del paciente, los involucran en la medida en la que cada uno de los miembros pueda aportar más o menos al objetivo común, esto es, a la persona enferma.

Ahora bien, la Presencia Intencional es un proceso bidireccional, por tanto, requiere que el paciente esté dispuesto a vislumbrar al profesional sanitario como una persona dotada de una dignidad ontológica y dispuesto a establecer una relación sustentada en el amor. De tal forma que si el paciente no está dispuesto a dejar al profesional asistencial que le acompañe en su proceso de enfermedad, 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 que están implicados en la relación sanitaria.

2. La Presencia Intencional en el equipo sanitario

Cabe plantearse si la Presencia Intencional es sólo aplicable a la relación entre profesional sanitario-paciente o puede darse también, por extensión, entre un paciente y un colectivo, es decir, el equipo asistencial en su conjunto. La respuesta es evidentemente sí. Y es que 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 los integrantes trabajen con el objetivo común de cuidar, curar, aliviar y acompañar según los diversos conocimientos y habilidades que su profesión representa. En este sentido, por ejemplo, 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 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.»². Por tanto, es posible extraer cuatro razones significativas de la participación de los 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 puede encontrar 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 sobreimplicación, etc.»³ Y es que, cuando falla el equipo de trabajo, falla el cuidado del paciente y terminan fallando las personas. Por último, el equipo sanitario puede ayudar a que se produzca una adecuada Presencia Intencional cuando alguno de sus miembros no sepa o no pueda llevarla a cabo.

3. Factores que influyen en la Presencia Intencional

En el binomio personal sanitario-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. En este sentido, es importante señalar que «la diferenciación sexual implica que hay un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los demás»⁴, 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 complementariedad entre varón y mujer no añade nada a la igualdad radical de dignidad, derechos y deberes de ambos⁵.

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 implicadas en el proceso asistencial tengan que coincidir en estos aspectos, pero sí que hay que tenerlos en consideración y ponderarlos para crear un clima adecuado que favorezca la relación⁶, desechando aquellas situaciones que, en un principio, puedan dificultar el establecimiento de un vínculo.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta es 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. Si el paciente o el profesional sanitario⁷ no se siente respetado en sus creencias es imposible que se produzca un encuentro satisfactorio. En este sentido, es muy necesario matizar que respetar no quiere decir que esa creencia tenga que ser asumida por la otra parte; más bien significa darle un valor, comprender el valor que le otorga la otra persona y el profundo significado que tiene para ella. Sin duda, en la sociedad actual parece que las creencias religiosas deben quedar restringidas a la intimidad del ser humano⁸. Pero que esto sea frecuentemente así no justifica que no se deba superar, ya que la dignidad humana reclama respeto para las personas y para sus creencias, y no se respeta cuando se restringe la posibilidad de que la persona 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 agente sanitario posee una integridad que debe mantener por su propio bien y por el de su paciente y, al mismo tiempo, el paciente posee una integridad que debe mantener por su propio bien y por el agente sanitario que lo atiende⁹.

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 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 pacientes. En este sentido, es difícil establecer una relación bidireccional cuando el profesional sanitario 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 «whatsapp» cuando el agente sanitario 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, entendiéndolo como sujeto de atenciones, contemplado como un ser doliente, necesitado, especialmente vulnerable; o como un cliente que demanda la satisfacción de una necesidad objetiva o subjetiva. Situación esta última que, aunque parezca paradójica, convierte al profesional sanitario 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 Intencional¹⁰.

4. La asunción de valores en la Presencia Intencional

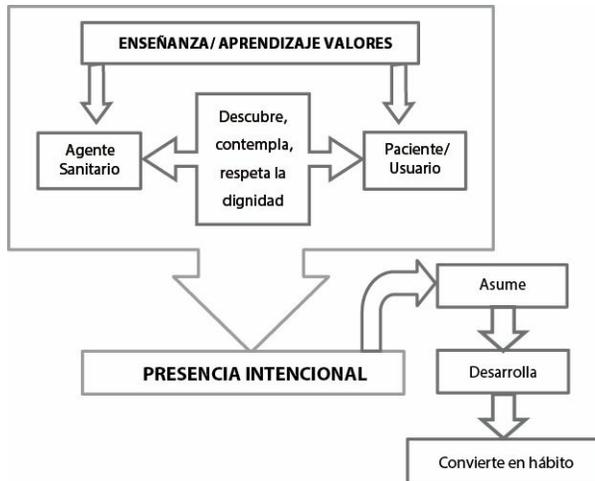
La Presencia Intencional no es algo que se adquiera por ciencia infusa, ni pueda ser ejercida con un protocolo de actuación. Nace de una pulsión¹¹ interior del ser humano que se dirige hacia su bien y al de su prójimo. Para ello, es importante tener en cuenta una serie de valores que sustentan dicha pulsión: Liderazgo, afectividad, compromiso, intuición, conocimiento, asertividad, creatividad, dignidad, efectividad, espiritualidad, libertad, profesionalidad, respeto, trabajo en equipo, prudencia, lealtad, motivación, etc. Éstos son algunos de los valores humanos que reclama la Presencia Intencional y en los cuales han de formarse los profesionales sanitarios con tal de conseguir una relación satisfactoria con el paciente. Cabe señalar, además, que la intención¹², el nivel de compromiso¹³ y la libre disponibilidad¹⁴ son aspectos que pueden entorpecer o favorecer la Presencia Intencional.

A su vez, que el paciente se implique en la Presencia Intencional es muy importante puesto que, de otra forma, lo más probable es que la práctica asistencial siga presentando un deterioro al subvertir una relación humana en una transacción comercial en la que el

profesional sanitario se convierte en un técnico que tiene que reparar un órgano o un proceso fisiológico a demanda de un cliente.

Figura 3

El proceso de conversión de la Presencia Intencional en un hábito



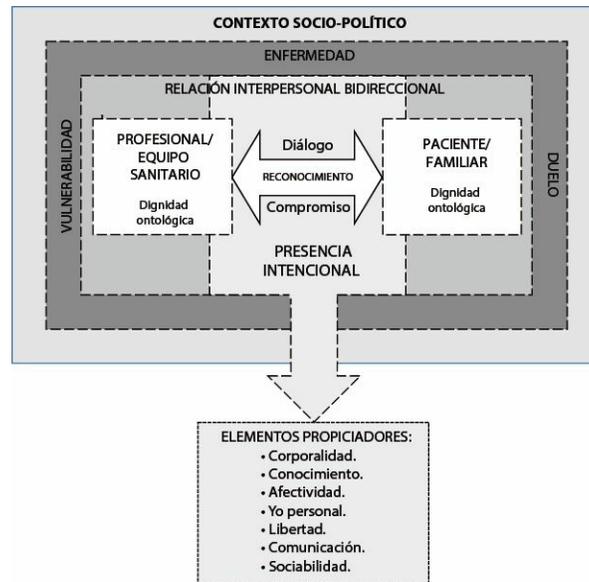
5. La Presencia Intencional y la rehumanización

La Presencia Intencional se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad ontológica del sujeto. Dicho esto, al hacer referencia a la rehumanización de la asistencia sanitaria, 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 se pueden mejorar 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 las profesiones sanitarias no son sólo la aplicación de técnicas y protocolos clínicos; también están obligados a presentar una adecuada competencia relacional¹⁵. Para ello, los agentes sanitarios necesitan un conjunto de conocimientos y un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre. En este sentido, sería conveniente que se formaran en diferentes actividades, tales como, estudios humanísticos, habilidades de comunicación, psicología aplicada, etc., que permitan prepararse para desarrollar con éxito la Presencia Intencional.

Figura 4

Modelo de relación entre profesional sanitario/equipo sanitario y paciente/familiar basado en el concepto de Presencia Intencional propuesto en este libro



1. «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». 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.

2. Centeno C. Manual de Medicina Paliativa. Pamplona: EUNSA, 2009; 281-283.

3. *Íbid.*, pp. 281-283.

4. Amengual G. Antropología filosófica. Madrid: BAC, 2007; 86.

5. Castilla B. Persona femenina, persona masculina. Madrid: Rialp, 1996; 23.

6. «Hacerse cargo de la realidad es también saber cultivar las capacidades afectivas para una mejor comprensión de nuestro entorno». Gordillo L. Ideología y Ética de la voluntad. Una base para la reflexión Bioética. Cuadernos de Bioética, 2015; 26(86): 51-65.

7. Pellegrino plantea la dificultad que supone para los profesionales sanitarios con alguna creencia religiosa mantener su integridad moral en un mundo secularizado. Pellegrino E. The physician's conscience, conscience clauses, and religion belief: a catholic perspective. Cuadernos de Bioética, 2014; 83: 25-40.

8. Ollero A. Derecho y Moral, implicaciones actuales: a modo de introducción. Persona y Derecho, 2009; 61: 17-31.

9. López Guzmán J. Integridad en el ámbito profesional sanitario. Granada: Comares, 2013; 54.

10. 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». Barrio J M. La Bioética ha muerto ¡Viva la Ética médica! Cuadernos de Bioética, 2015; 26(86): 25-49.

11. «Este plus pulsional es una cualidad que emerge vivencialmente de la experiencia constante e irremediable de la insatisfacción, de la inquietud». Gehlen A. Antropología filosófica: del encuentro y descubrimiento del hombre por sí mismo. Barcelona: Paidós, 1993; 68.

12. Ferlic, A. Existential approach in nursing. Nursing Outlook, 1968; 16(10): 30-33.

13. 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. Vaillot M C. Existentialism: A philosophy of commitment. American Journal of Nursing, 1966; 66(3): 500-505.

14. Doona M, Chase S. & Haggerty L. Nursing presence: As real as a milky way bar. Journal of Holistic Nursing, 1999; 17(1): 54-70.

15. «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 profesión». Bellver Capella V. Bioética y cuidados de Enfermería. Alicante: CECOVA, 2011; 15.

VIII. 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. *Educación de 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 bioéthique 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 caring 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. New York: 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: Eiusa, 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. Meditatonnes 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: Civitas, 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 Enfermeria*, 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 G. 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. Symptomatology 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: Eiusa, 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: Eiusa, 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, Ekbohm 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: Clarendon, 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 albedrío. *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 humaine*. 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 Martín V. Salud comunitaria. Teoría y práctica. Madrid: Díaz de Santos, 1988.
313. San Martín 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 de 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 Bouver, 2007.
350. Vilas B. Leer la mente...o casi. Madrid: Anaya, 2014.
351. Waldow V R. Cuidar, expressao humanizadora da enfermagem. 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'età 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.

CRÉDITOS

Primera edición: 2017

© 2017. Jesús Tomás Monge Moreno

Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA)

Campus Universitario • Universidad de Navarra • 31009 Pamplona • España

+34 948 25 68 50 • www.eunsa.es • eunsa@eunsa.es ISBN: 978-84-313-5577-7

Fotografía cubierta: Gety images

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación, total o parcial, de esta obra sin contar con autorización escrita de los titulares del Copyright. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Artículos 270 y ss. del Código Penal).



CUNSA | Astrolabio

El cuidado en un mundo globalizado: Enfermeras y familias en el encuentro cultural

Maidier Belintxon Martin

El cuidado en un mundo globalizado

Belintxon Martin, Maider

9788431355753

160 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano. El derecho a la salud implica el acceso a una atención sanitaria oportuna, rápida, profesional, eficaz y de calidad. En la actualidad la situación en la que se encuentran los profesionales de la salud difiere a la de hace unos años al tener que interaccionar con personas procedentes de culturas ajenas a la suya propia. En efecto, con individuos que entienden la salud, la enfermedad y los diferentes estilos de vida asociándolos a su propia cultura. Ofrecer un cuidado de calidad a personas de otras culturas requiere alejarse de las propias creencias, ideas y pensamientos y sumergirse en la experiencia personal en salud de la otra persona en cada encuentro. Esta obra pretende reflejar a través de un enfoque etnográfico la realidad de los encuentros culturales, destacando como está siendo el abordaje de dichos encuentros por parte de los profesionales sanitarios y la percepción de ese cuidado por parte de las familias.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

SAGRADA
BIBLIA
UNIVERSIDAD
DE NAVARRA



FACULTAD DE TEOLOGÍA

EUNSA

Sagrada Biblia

Facultad de Teología

9788431355623

6600 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Esta edición digital reproduce la edición impresa de la Sagrada Biblia en cinco volúmenes, conocida también popularmente como "Biblia de Navarra". La traducción, comentario y notas de la Biblia realizados por la Facultad de Teología de la Universidad de Navarra —hasta el momento solo accesible en papel— se ofrece ahora a un coste más económico, con posibilidad de mejoras y actualizaciones periódicas*. La edición de esta "Sagrada Biblia" se remonta al encargo que hizo san Josemaría Escrivá, Fundador del Opus Dei y primer Gran Canciller de la Universidad de Navarra, a la Facultad de Teología de esta universidad. El deseo del Fundador del Opus Dei era que la Facultad de Teología llevara a cabo una edición de la Biblia que ofreciera el texto sagrado en una cuidada traducción castellana, acompañada de abundantes notas y de oportunas introducciones que explicaran su mensaje espiritual y teológico. La traducción castellana está realizada siguiendo las orientaciones del Concilio Vaticano II (Dei Verbum, n. 22) a partir de los textos originales. En los libros del Antiguo Testamento que se nos han conservado en hebreo, el texto masorético ha sido traducido atendiendo a las lecturas propuestas por la edición crítica de Stuttgart (Biblia Hebraica Stuttgartensia); para el texto hebreo del Eclesiástico se ha tenido en cuenta la edición de P.C. Beentjes, *The Book of Ben Sira in Hebrew*. Los textos que no figuran en la Biblia hebrea y que han pasado a la Biblia cristiana a partir de manuscritos griegos han sido traducidos de la edición de Göttingen. Para el Nuevo Testamento se ha utilizado la edición crítica de Nestle-Aland²⁷, *Novum Testamentum Graece*, Stuttgart 1994. Cuando los manuscritos, tanto hebreos como griegos, presentan diferencias textuales notables hemos seguido preferentemente la opción tomada por la Neovulgata. La presente edición no incluye el texto latino de la Neovulgata que se ofrece a pie de página en los volúmenes en papel.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

SANTOS
EVANGELIOS
UNIVERSIDAD
DE NAVARRA



FACULTAD DE TEOLOGÍA

EUNSA

Santos Evangelios

Universidad de Navarra

9788431355661

1526 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Edición digital de la Santos Evangelios a cargo de la Universidad de Navarra. – Introducción a cada Evangelio. – Comentarios a todos los pasajes. – Apéndice con las referencias del antiguo Testamento en el Nuevo, glosario de medidas, pesos y monedas, las fiestas del calendario judío, etc. – Anexo con la relación de autores, documentos y obras citadas en los comentarios. – Para encontrar rápidamente cualquier pasaje dispone de un Índice Rápido, un Índice General y enlaces a los capítulos de cada libro. – Mapas a todo color. – Este ebook contiene más de 2.000 enlaces internos para facilitar la navegación.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

EDICIÓN
LATINOAMERICANA

SAGRADA
BIBLIA
UNIVERSIDAD
DE NAVARRA



FACULTAD DE TEOLOGÍA

EUNSA

Sagrada Biblia

Universidad de Navarra

9788431355630

6612 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Reúne en un sólo libro digital la edición en cinco volúmenes del Antiguo Testamento y del Nuevo Testamento: más de 6.000 páginas impresas. Edición latinoamericana. Edición digital de la Sagrada Biblia de la Universidad de Navarra. – Introducción a cada libro de la Biblia. – Comentarios a todos los pasajes. – Índice de materias con más de mil voces ordenadas alfabéticamente. – Apéndice con las referencias del antiguo Testamento en el Nuevo, glosario de medidas, pesos y monedas, las fiestas del calendario judío, etc. – Anexo con la relación de autores, documentos y obras citadas en los comentarios. – Para encontrar rápidamente cualquier pasaje dispone de un Índice Rápido, un Índice General y enlaces a los capítulos de cada libro. – Cuatro mapas a todo color. – Este ebook contiene más de 38.000 enlaces internos para facilitar la navegación. – Disponible en dos versiones: española y latinoamericana. Por favor, busque y descargue la que sea de su interés.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

EDICIÓN
LATINOAMERICANA

SANTOS EVANGELIOS

UNIVERSIDAD
DE NAVARRA



FACULTAD DE TEOLOGÍA

EUNSA

Santos Evangelios

Universidad de Navarra

9788431355678

1526 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

———— EDICIÓN LATINOAMERICANA ———— Edición digital de la Santos Evangelios a cargo de la Universidad de Navarra. – Introducción a cada Evangelio. – Comentarios a todos los pasajes. – Apéndice con las referencias del antiguo Testamento en el Nuevo, glosario de medidas, pesos y monedas, las fiestas del calendario judío, etc. – Anexo con la relación de autores, documentos y obras citadas en los comentarios. – Para encontrar rápidamente cualquier pasaje dispone de un Índice Rápido, un Índice General y enlaces a los capítulos de cada libro. – Mapas a todo color. – Este ebook contiene más de 2.000 enlaces internos para facilitar la navegación.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA	2
JESÚS TOMÁS MONGE MORENO	2
I. Introducción	3
II. Acercarse al semejante	5
1. ¿Qué se entiende por persona?	5
2. Acerca de la dignidad humana	7
III. Los estigmas de la indigencia en la condición humana	12
1. La enfermedad	12
2. La vulnerabilidad	13
3. El duelo	16
4. Manifestaciones del duelo	19
IV. La Presencia Intencional: construcción del concepto	25
V. Elementos que estructuran la Presencia Intencional	32
1. La corporalidad	32
2. El conocimiento humano	37
3. La afectividad	40
4. El yo personal	44
5. La libertad	46
6. La comunicación	49
7. La sociabilidad	51
VI. Rehumanizar la asistencia sanitaria	62
VII. La Presencia Intencional, un paradigma necesario	65
1. La Presencia Intencional en la relación profesional sanitario-paciente	65
2. La Presencia Intencional en el equipo sanitario	66
3. Factores que influyen en la Presencia Intencional	66
4. La asunción de valores en la Presencia Intencional	68
5. La Presencia Intencional y la rehumanización	69
VIII. Bibliografía general	71
Créditos	85