

---

# LA IMPORTANCIA DE LA PRESENCIA INTENCIONAL EN LA REHUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Jesús Monge Moreno\* y José López Guzmán\*\*

Recibido: 01.08.2015

Aprobado: 15.08.2015

## RESUMEN

Es frecuente observar que, en la asistencia sanitaria, la enfermedad es tratada técnicamente, sin tener en cuenta a la persona enferma que está atravesando dicho proceso, desde su propia originalidad única e irreplicable, quedando así la dolencia despojada de su carácter personal e histórico; y el sujeto, reducido a organismo. Sin embargo, la enfermedad no es sólo un problema bioquímico o una alteración de la biología del sujeto, es una experiencia, humanizante y humanizadora, que afecta al ser humano en su conjunto. Así pues, es importante volver la mirada a la persona y rehumanizar la asistencia sanitaria para poder dar cobertura holística al sujeto doliente. En esa rehumanización tiene un importante papel la *presencia intencional*, entendida como la relación en la que el personal sanitario y el paciente llegan a formar una unidad de diálogo basado en el encuentro pleno entre dos personas.

## ABSTRACT

It is often observed that, in health care, diseases are cured technically, disregarding the sick person who is going through the process and discounting the individual's own being, uniqueness, and authenticity. Ailments are hence stripped of that personal and historic character; and the subject is simply belittled to a body. However, disease is not only a biochemical problem or alteration of the subject's biological build, it is, rather, a humanizing experience that affects a human as a whole. It is therefore important to survey the person and re-humanize health care so as to fully cater for and nurture ailing subjects. In this re-humanizing effort, deliberate presence, defined as the relationship built between the medical staff and the patient, forms a unit of dialogue based on the all-embracing rapport among people.

## PALABRAS CLAVE

Presencia intencional, Persona, Rehumanización, Asistencia sanitaria.

## KEY WORDS

Deliberate presence, Person, Re-humanizing, Healthcare.

---

\* Diplomado en Enfermería por la Universidad Cardenal Herrera-CEU. Máster Universitario en Bioética por la Universidad de Navarra. Doctorando en el Área de Humanidades Farmacéuticas de la Universidad de Navarra.

\*\* Doctor en Farmacia por la Universidad de Valencia. Profesor Titular del Área de Humanidades Farmacéuticas de la Universidad de Navarra; ha sido Director del Máster en Bioética de la Facultad de Medicina de dicha universidad. Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Farmacia.

## 1. INTRODUCCIÓN:

Una persona enferma no es un mero “cuerpo”. Aunque éste haga referencia a la dimensión física, el cuerpo de la persona es mucho más que un conjunto químico, que una masa física o algo contrapuesto a espíritu. La corporalidad es el modo en que la persona se hace presente en el mundo y en el tiempo, es decir, su modo de vida es en el cuerpo y a través de él. Tampoco la persona es siquiera un simple “ser viviente”. Es cierto que la identidad de una persona es la identidad de un ser vivo, pero la conciencia y la materia no se pueden contemplar aisladamente la una de la otra ya que “si se contraponen entre sí como esferas inconmensurables, se separan los criterios de identidad de los hombres y las personas” (Spaemann, 2000, p.140).

Como bien indica Mounier, “no puedo pensar sin ser, ni ser sin mi cuerpo” (Mounier, 1997, p.22). El enfermo es, al igual que el sano, una persona, esto es, un ser dotado de inteligencia y libertad, portador de valores, relacionado con otros seres humanos, con una concepción de sí mismo y del mundo, con un proyecto de vida y con una responsabilidad ante su propio destino. Maritain lo resume manteniendo que la persona es “un centro de libertad puesto frente a las cosas, al universo mismo, al mismo Dios; dialoga con otra persona, comunica con ella entendiendo y amando” (Maritain, 1968, p. 364). Ese diálogo es una necesidad humana, todo ser humano necesita ser comprendido y acompañado para crecer en libertad y vivir en plenitud. Co-

reth indica que “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, 1985, p. 84). Buber llega a expresar esta idea afirmando que “el hecho fundamental de la existencia humana es el hombre con el hombre” (Buber, 1973, p. 146).

Se entiende así que la dimensión de interdependencia es también consustancial a la persona. Ésta se construye *en y a través* de la relación intersubjetiva. La experiencia humana es una experiencia de relación e interdependencia con los demás. En realidad, se podría afirmar que el ser humano no es solo *ser*, sino *ser con* los demás. Por ello, que el hombre sea esencialmente con otros quiere decir que éstos, de alguna manera, determinan y configuran su propio ser, y esto se da en los diferentes niveles en que se desarrolla la vida: biológico, psíquico, teórico, práctico, creencias y convicciones, actitudes y sentimientos, expresiones, producción de bienes, aceptación de un sistema de normas, conducta, valoraciones, etc. Y es que el ser de cada uno no termina en los límites de su piel, sino que se prolonga en su ser-con-los-demás, en sus relaciones múltiples con las demás personas. “El hombre ejecuta los actos

de su vida con las cosas, con los demás hombres y consigo mismo. Este “con” (*con* las cosas, *con* los demás hombres, *con*-migo mismo) no es un añadido, una relación extrínseca que se añade al hombre en el ejercicio de su vida. Esto sería absolutamente quimérico. Es algo mucho más radical. El “con” es un momento formal de la misma vida, y por tanto de la sustantividad humana en su dinamismo vital. De la misma manera que la respectividad no es un añadido relacional a cada una de las cosas que están en respectividad, sino que es la 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, 2006, p. 225).

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

está enclavada en el *ser* de la persona (Aparisi, 2011). De esta forma, 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” (Zuanazzi, 1995, p. 55).

Las anteriores premisas adquieren una especial relevancia en la relación que se genera entre los sujetos protagonistas de la relación sanitaria. Es un encuentro entre dos o más personas en las que una de ellas, el paciente, se encuentra en un estado especial de necesidad debido a una patente vulnerabilidad, entendiendo que la persona vulnerable es aquella que, en un momento determinado y por un motivo concreto, es susceptible, o más susceptible, de sufrir abusos, ser influido o coaccionado (Kissell, 2008). Un estado que le puede *afectar* o le puede generar *angustia* o *sufrimiento*. El enfermo se ve afectado 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. Si bien es cierto que toda relación comporta una cierta afectación, siendo ésta además, una realidad inevitable, necesaria y positiva, es decir, trascendental; sufrir o

no sufrir, en cambio, sólo se da en una conciencia y depende, por ello, de la libertad humana (Alvira, 2001). El sufrimiento moral se produce cuando una persona se ve afectada y no acepta la situación. En dicho supuesto, una o varias realidades concretas resultan incomprensibles y/o inaceptables. También se suele hacer referencia al sufrimiento físico como consecuencia de una afectación *no aceptada* por el propio organismo. En este caso, sería mejor denominarlo dolor, un dolor que puede acarrear un sufrimiento en mayor o menor grado.

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

desde la perspectiva insustituible de la singularidad (Bonilla, 2006).

Esos dos factores que se han indicado en el párrafo anterior, de no elección y desigualdad, no deben de ser obstáculos para que la relación establecida entre el profesional sanitario y el paciente tienda a la plenitud. Por ello, y siguiendo a Burgos (Burgos, 2005, p. 279-290), para que esa relación sea satisfactoria deberá superar varios grados de relaciones.

El primer grado que debe vencer es el de las simples relaciones interpersonales, que no es otro que el asentado en una relación instrumental sustentada en el logro de objetivos o servicios. Un primer peldaño en el que el paciente se siente cliente 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 utilitaristas (Ortiz, 2013) que son los que, por desgracia, están primando en la actual asistencia sanitaria y minando sus cimientos humanísticos.

En segundo lugar, también será preciso soslayar la relación benevolente que aunque es superior a la anterior, al establecer un mayor compromiso, elude un vínculo fuerte. Un ejemplo sería la relación de un 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, este sólo resulta afectado de ma-

nera muy superficial” (Burgos, 2005, p. 280). En el ámbito sanitario este tipo de relación deriva en un cierto grado de paternalismo del profesional ante su paciente al sustituir el diálogo por un monólogo (Cicccone, 2005, p. 20).

En definitiva, y llegando a los últimos escalones propuestos por Burgos, el encuentro personal entre el agente sanitario y el paciente, para ser realmente “humano”, deberá asentarse en un tipo de relaciones más significativas que las anteriores, esto es, las basadas en la amistad o 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. Hildebrandt señala que “las dos formas superiores de comunión son el conocimiento y el amor. En el caso del conocimiento, me vuelvo espiritualmente hacia otra persona y, entonces, por medio del diálogo, se establece un contacto espiritual impensable e imposible en el mundo impersonal. El clímax de la comunión entre personas se alcanza en el amor” (Hildebrandt, 2003, p. 89). 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, a la satisfacción material de un cliente, etc. La plenitud de esa relación se encontrará cuando se establezca una reciprocidad, el encuentro de dos personas que buscan su bien y, al mismo tiempo, el del otro. Esa reciprocidad para

ser plasmada requiere de una efectiva comunicación, entendida como “categoría antropológica esencial del ser humano porque sin ella éste no puede avanzar en su madurez como persona” (Cañas, 2014, p.150).

Desde esta perspectiva, se vislumbra que, en la relación entre los pacientes y los agentes sanitarios, es preciso superar el simple encuentro técnico o utilitarista, sustentado en la satisfacción de ciertas necesidades, por uno de mayor intensidad basado en el encuentro de dos personas que se reconocen dotadas de una dignidad ontológica y que establecen una relación de amistad y amor satisfactoria para ambas. Pues bien, es aquí donde nos encontramos el ámbito de la denominada *Presencia Intencional*, concepto que viene a englobar las características que debe atesorar una relación, en nuestro caso de tipo profesional sanitario, para que sea humanamente satisfactoria. Antes de entrar a abordar la cuestión específica de la presencia intencional puede ser conveniente detenernos a señalar que la propuesta que estamos planteando se asentaría en el actual modelo de referencia de relación entre el paciente y el agente sanitario, nos referimos al modelo interpretativo. Este modelo establece que el profesional sanitario debe de 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 (Simón, 2004). Pues bien, hemos señalado que nuestro

planteamiento se asentaría en ese modelo pero en un intento de superarlo al otorgar al paciente una mayor dimensión relacional. En definitiva, se trata del encuentro valioso entre dos personas y no de la contemplación de un bien por parte de una de ellas.

A partir de lo indicado en los párrafos anteriores estamos en condiciones de introducir la definición de presencia intencional que nos parece más adecuada, y que proponemos como sustento para la correcta relación de los agentes implicados en el ámbito asistencial sanitario. Partiendo de la definición propuesta por Smith, con el término *presencia intencional* queremos señalar un proceso interpersonal que se caracteriza por el diálogo, el compromiso, la plena participación, la apertura, la atención fluida y la trascendente unidad entre dos personas (Smith, 2011). En el caso que estamos tratando, el de las relaciones asistenciales sanitarias, se caracteriza por ser un encuentro, diálogo y compromiso entre el médico, farmacéutico o enfermero con el paciente y, al mismo tiempo, por ser un encuentro, diálogo compromiso entre el paciente y el médico, farmacéutico o enfermero. Pero esta propuesta, en estos términos, no agota la intensidad del concepto ya que ese encuentro, diálogo y/o compromiso entre el profesional sanitario y el paciente puede quedarse en los aspectos superficiales de una relación por basarla en aspectos utilitaristas o por desdeñar el todo por una de las partes (por ejemplo, desviar del foco de atención al

sujeto en beneficio de una determinada patología). De ahí que consideremos que la anterior definición necesite

ser completada en el sentido de que, ese encuentro interpersonal, debe asentarse en el reconocimiento de dos per-

sonas dotadas de una dignidad ontológica y sustentarse en una relación de amor satisfactoria para ambas.

### PRESENCIA INTENCIONAL

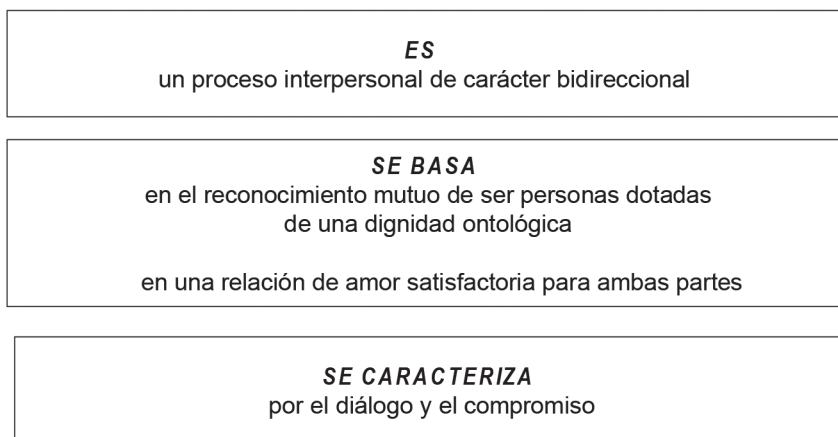


Figura 1  
Caracterización del concepto de “Presencia intencional”

## 2. MATERIALES Y MÉTODO:

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed utilizando los descriptores: presencia, intención, intencionalidad, enfermería, presencia intencional, rehumanización. Los registros obtenidos oscilaron entre 13 y 6 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave. También se realizó una búsqueda en Cinahl, en Web of Science y en el buscador “google académico” con los mismos términos.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre la presencia intencional y sobre los aspectos que tuvieran relación directa con dicho concepto. Además, fueron elegidos aquellos tex-

tos que guardaban relación entre dicho concepto y el ámbito sanitario.

Esta búsqueda ha sido completada con los fondos bibliográficos de la Universidad de Navarra.

## 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

a) Sobre el concepto de presencia intencional

En la revisión bibliográfica realizada se observa que hay escasas referencias a la presencia intencional en cuanto tal en el ámbito sanitario y que, cuando las hay, éstas se difuminan en otros conceptos tales como cuidado, práctica clínica, relación, etc. Son conceptos relacionados pero que, por sí mismos, no agotan el significado y las características propias de lo que se quiere expresar con

el término presencia intencional. Por ejemplo, en muchas referencias se hace alusión al término *cuidado* en un sentido amplio y parece que, de forma implícita, se podría asumir que subyace la existencia de la presencia intencional. Así, entre los objetivos del cuidar se incluyen, entre otros, aliviar, confortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer, etc., es decir, según Waldow, el cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, en las incapacidades y durante el proceso de la muerte; incluso en ausencia de alguna enfermedad y en la vida cotidiana, entendiéndolo éste como una forma de vivir y de relacionarse (Waldow, 2006, p. 89). De lo expresado en el párrafo anterior se podría elucubrar afirmando que el autor está considerando que en



la base de ese cuidado está la presencia intencional pero, por la misma razón, se podría afirmar lo contrario ya que no hay una referencia explícita la cual es la base que sustenta la relación entre el paciente y el profesional sanitario.

No obstante, de la escueta bibliografía encontrada que no se limita a aspectos superficiales, se ha podido analizar e ir matizando el concepto de *presencia intencional*. Así, por ejemplo, Smith la contempla como un proceso interpersonal que se caracteriza por el diálogo, el compromiso, la plena participación, la apertura, la atención fluida y la trascendente unidad entre dos personas (Smith, 2011). Algunos autores, aplicando dicho concepto a la praxis clínica, lo entienden como una intervención consistente en estar con el otro, tanto física, psicológica como espiritualmente, en momentos de necesidad (Dochterman & Bulechek, 2004, p. 580). Coincidimos con esas premisas pero, al mismo tiempo, consideramos que necesitan ser matizadas, al menos en dos aspectos, para estar en consonancia con la idea de presencia intencional que se ha propuesto en este trabajo. El primer aspecto a puntualizar en la anterior definición de presencia intencional es el término necesidad, ya que esta expresión limita el concepto y, por otra parte, no abarca la integridad de su significado. Si buscamos las acepciones del término necesidad en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua observamos que hace alusión a “aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir”, a la “caren-

cia de las cosas que son menester para la conservación de la vida”, a la “falta continuada de alimento que hace desfallecer” o al “especial riesgo o peligro que se padece, y en que se necesita pronto auxilio”. Cualquiera de estas acepciones son reduccionismos que no satisfacen la intensidad y globalidad de lo que queremos indicar cuando apelamos a la presencia intencional. Nos parecería más acertado cambiar necesidad por vulnerabilidad, en la acepción del término aportada en la primera parte de este trabajo, una fragilidad especial de la persona enferma (Ars, 2103) que es una manifestación específica de la vulnerabilidad natural que acompaña el ser humano en su travesía por la vida.

La segunda cuestión que nos parece oportuno matizar es la de “intervención”, ese término nos lleva 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. Por ejemplo, en la práctica asistencial no es infrecuente que una enfermera que acompaña a un médico perciba miedos del enfermo y establezca una relación, afectiva y efectiva, con él sin haber mediado una palabra. Por ello, no se puede desdeñar la ayuda que implica la comunicación que se establece a través del denominado lenguaje corporal (Keidar, 2005). “La persona humana comunica con los otros seres por intermedio

de su interioridad” (Wojtyla, 2008, p.30). De ahí que Watzlawick propusiera como uno de sus axiomas de la comunicación la “imposibilidad de no comunicar” (Watzlawick, 1989), ya que las miradas, los gestos, la disposición de las manos y los pies, etc., aportan una valiosa información. Cuando una persona aparece ante otras proyecta, aun sin quererlo, una información general de la situación en la que, incluso, se puede vislumbrar el propio concepto de sí mismo (Goffman, 1959).

#### b) La presencia intencional y los agentes sanitarios

Desde el punto de vista asistencial, el/la profesional sanitario/a, siendo conocedor de la realidad y habiendo adquirido la madurez en el plano profesional, moral, personal y de relación; y poniendo la mirada en la persona enferma (esto es, con carácter intencional), comprobará que la presencia intencional vendrá determinada por una amalgama de factores relacionados con el propio usuario o enfermo, la relación asistencial y otros factores ambientales. Estos aspectos, que son tratados en los siguientes apartados, deben ser tenidos en consideración por los miembros del equipo sanitario debido a que cualquiera de ellos, si no es debidamente entendido, puede modificar el grado de confianza o relación y hacer imposible la total entrega en la relación asistencial.

En cuanto lo que supone al profesional sanitario el establecimiento de una auténtica presencia intencional, se puede señalar que le ayuda a

realizar su trabajo en plenitud y es el medio para dotar a su trabajo, de cualquier tipo y en cualquier momento, de la necesaria perspectiva humana y humanizadora. Este hecho favorecerá que su trabajo sea bien realizado y le apartará de la rutina y del posible hastío que provoca un trabajo contemplado como un fin en sí mismo.

c) La presencia intencional y los pacientes o usuarios

En cuanto al usuario, las expectativas y necesidades del paciente determinan la solicitud y el grado de implicación que los agentes sanitarios pueden ofrecer durante el encuentro (ya sea acompañando en silencio y creando el ambiente propicio para que el paciente pueda expresarse, si así lo considera; algún tipo de contacto físico, esto es, cogiendo la mano o dando un abrazo; o interactuando mutuamente en una conversación, resolviendo dudas, inquietudes, miedos). Para que esto se dé ha de haber sinceridad, confianza, buena relación con el personal sanitario y determinar el nivel de vulnerabilidad que se percibe durante el estado de salud-enfermedad. Por lo tanto, la relación asistencial sanitaria “tiene que asentarse en un tipo de relación que les vincule con la profundidad de su ser y que, por ello, sea capaz de dar sustento a la confianza que debe existir entre ellos” (López Guzmán, 2010).

Ante el proceso asistencial, los profesionales sanitarios aportan experiencia y una serie de cuidados para que el enfermo sea, con el paso del

tiempo, capaz de asumir su nueva realidad y hacerle frente, aceptándola. Por ejemplo, la enfermera muestra su cercanía en esos momentos de dificultad tendiendo una mano al enfermo, permaneciendo a su lado, haciéndole compañía; transmitiendo con su presencia y sus palabras oportunas un mensaje de paz, de fuerza, de curación, en definitiva, de esperanza. Además, no sólo se responsabiliza del propio enfermo, sino que es consciente de la difícil situación por la que atraviesa la familia. Por ello, siempre teniendo presente la voluntad del paciente, crea un puente de unión entre ellos, extrayendo el lado más humano y caritativo, en definitiva, involucrándolos en una tarea común, la persona enferma. Pero si lo anteriormente señalado es cierto, también lo es que el proceso es bidireccional y requiere que el paciente esté dispuesto a vislumbrar al profesional sanitario como una persona dotada de una dignidad ontológica y dispuesto a establecer una relación sustentada en el amor. Marías señalaba que la vida nos es dada y que no nos es dada hecha, sino al contrario nos es dada por hacer. De tal manera que “por ser un quehacer, no una simple actividad, mi vida es mía” (Marías, 1981, p. 267) y en esa vida en la que se debe elegir, elegir el bien, también hay que determinar quien nos acompaña. De tal forma que si el paciente no está dispuesto a dejar al profesional que le acompañe en su proceso vital (normalmente esta relación tendrá un carácter temporal) será imposible establecer una atención con tendencia a la plenitud. En definitiva, la pre-

sencia intencional no puede ser una imposición de un sujeto sobre otro, debe ser aceptada libremente por aquellos que están implicados en la relación sanitaria. Por lo tanto, será siempre un ejercicio de libertad. Como bien indica Cárdenas “el ejercicio ético de la libertad implica actuar pensando en el otro” (Cárdenas, 2014, p.87).

d) Cuestiones que pueden influir en la presencia intencional

En el binomio personal asistencial-paciente, habrá que considerar ciertas variables que pueden determinar el grado de aceptación de la presencia como, por ejemplo, la edad, el sexo, la cultura, la espiritualidad y la existencia o no de una relación profesional previa entre personal sanitario-usuario. No hay ninguna duda que, para que se establezca una auténtica relación, se debe generar un clima apropiado de confianza que facilite el desarrollo del encuentro entre las dos personas. De esta manera, por ejemplo, hay que contemplar la diferenciación sexual como un hecho que, si es tenido en cuenta u obviado, puede facilitar, o entorpecer una relación. Y es que, tal y como apunta el profesor Amengual, que en la persona se produzca diferenciación sexual implica que hay un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los demás. De tal forma, que esa diferenciación sexual caracteriza al varón y a la mujer, no sólo en el plano físico, sino también en el psicológico y espiritual, marcando cada una de sus expresiones (Amengual, 2007). Dicho esto, es eviden-

te 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 ambos (Castilla, 1996).

También, la cultura hace referencia a la propia filosofía de la vida y tiene que ver con el nivel de educación alcanzado, el clima cultural en el que se vive, la variedad de aficiones o intereses personales como la lectura, el deporte, el arte, la música, la naturaleza, etc., además del cúmulo de recuerdos y logros que contribuyen a gratificar, serenar o estimular la propia vida. Esto no quiere decir que las personas que se encuentran en el proceso asistencial tengan que coincidir en esos aspectos pero sí que hay que tenerlos en consideración y ponderarlos para crear el clima que favorezca la relación, desechando aquellas situaciones que, en un principio, puedan dificultar el establecimiento de un vínculo. Como bien indica Gordillo, “hacerse cargo de la realidad es también saber cultivar las capacidades afectivas para una mejor comprensión de nuestro entorno” (Gordillo, 2015; p. 65).

Otro aspecto fundamental es el de la espiritualidad. Cuando hacemos referencia a la espiritualidad asumimos que hay una apertura a la trascen-

dencia, al compromiso y a la asunción de unas determinadas responsabilidades sabiendo ir más allá de ellas. Si el paciente o el profesional sanitario no se siente respetado en sus creencias es imposible que se encuentre dispuesto a realizar una apertura de su ser más allá de lo estrictamente necesario en el plano formal. En este punto, es muy necesario matizar que respetar no quiere decir que esa creencia sea asumida por la otra parte, significa darle un valor, comprender el valor que le otorga la otra persona y el profundo significado que tiene para ella. En este sentido, Pellegrino plantea las dificultades que supone para los médicos, con alguna creencia religiosa, mantener su integridad moral en un mundo secularizado (Pellegrino, 2002). Sin duda, estamos en una sociedad en la que parece que las creencias del prójimo deben quedar restringidas a su vida privada (Ollero, 2009, p. 22 y ss). Pero que esto sea frecuentemente así no justifica que no se deba superar, ya que la dignidad de cada persona requiere necesariamente el respeto a sus creencias, y no se respeta a una persona cuando se restringe la posibilidad de que pueda manifestarse como realmente es. Por ello, para que exista presencia intencional deberá haber respeto a las creencias o, expresado de otro modo más general, no habrá que impedir que la persona desarrolle su integridad en ninguna de sus manifestaciones, ya sean religiosas o de cualquier otro tipo. Sin duda, el 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 atiende (López Guzmán, 2013, p.81).

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 médico 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 diálogo personal) o el paciente no deja de contestar *whatsapp*s cuando el profesional sanitario le está atendiendo. En este mismo apartado, también hay que considerar otra cuestión, en la que no podemos detenernos por su amplitud pero sí estimamos conveniente señalar. Nos referimos al propio concepto de paciente, de 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 vulnera-



ble de la relación. Esta distinta perspectiva genera un escenario muy distinto en el que, en algunos casos será imposible la presencia intencional. Tanto es así que, en ciertas ocasiones parece que las demandas solventes llegan a ocasionar que el foco de atención sanitario se desplace “progresivamente desde el paciente al sano, desde la atención al débil a la protección del fuerte” (Borno, 2015, p.32).

e) La presencia intencional de un colectivo

Por último, se podría plantear si la noción de presencia intencional es sólo aplicable a la relación entre agentes morales o puede darse también, por extensión, entre un agente moral y un colectivo. Por ejemplo, y en nuestro caso, cabría formular la cuestión de si se puede hacer referencia a la presencia intencional del equipo sanitario como tal y no sólo de la de cada uno de sus integrantes en su relación con el paciente. Evidentemente sí. El trabajo en equipo es otra de las características esenciales en la presencia intencional y constituye uno de sus fundamentos.

La multidimensionalidad y la complejidad de los problemas de la atención sanitaria exigen un equipo en el que todos los integrantes trabajen con el objetivo común de acompañar, curar y aliviar según los diversos conocimientos y habilidades que su profesión representa. Tal y como apunta Carlos Centeno, 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. (Centeno, 2009). Por tanto, es posible extraer cuatro razones significativas de la participación de distintos profesionales en la presencia intencional: en primer lugar, la complementariedad de sus visiones profesionales ante un mismo problema, y es que una visión global se aproxima más a la realidad que la visión unidimensional; en segundo lugar, cada disciplina aporta experiencia, conocimientos y habilidades específicas; en tercer lugar, la colaboración que sus miembros se brindan entre sí es muy importante ya que existen situaciones y momentos muy intensos en la praxis clínica que pueden llegar a agotar emocionalmente. Cuando alguien en un equipo está muy cansado emocionalmente en sus compañeros encontrará el apoyo y el relevo necesarios para el desarrollo de una atención de calidad. El equipo sirve también para compartir esas cargas, liberar tensiones, ofrecer apoyo en momentos delicados, detectar la sobre implicación, etc. Y es que, cuando falla el equipo de trabajo, falla el cuidado

del paciente y terminan fallando las personas (Centeno, 2009). Y, por último, la cuarta razón es que cuando alguien del equipo está fallando en la relación con el paciente, en el sentido de no entablar esa relación personal que exige la presencia intencional, los otros miembros del grupo le pueden ayudar a percatarse de ello o a modificar la situación de una forma favorable al objetivo que se quiere conseguir.

f) La asunción de valores en la presencia intencional

La presencia intencional no es algo que se adquiera por ciencia infusa, ni pueda ser ejercida con un protocolo de actuación. Se trata de una pulsión interior del ser humano que se dirige hacia su bien y el de su prójimo a través de una relación basada en la amistad y el amor. De ahí que haya cierta asunción de valores, y su plasmación en hábitos, que llevarán al agente sanitario a poder entablar esa especial relación con su paciente. Por ejemplo, es preciso una pulsión en la voluntad del profesional de la salud, cuando se compromete con un usuario, a extender la atención más allá de sus tareas (Godkin, 2001). Para llegar a este punto, antes ha tenido que producirse una *pausa* en la que el/la profesional sanitario, influenciado por el grado de intención de estar presente, ha tenido en cuenta las necesidades del paciente, su propia capacidad y los factores ambientales que determinarán la dosis final de presencia entregada. Del mismo modo, la intención (Ferlic, 1968), el nivel de compromiso (Doona et al., 1997; Vaillot, 1966) y la libre

disponibilidad (Doona et al., 1999) son aspectos que podrán interferir o favorecer la presencia intencional. No obstante, lo apuntado en las líneas anteriores es sólo el cimiento sobre el que se asienta la relación de ese encuentro pleno, humano y humanizante, que es la presencia intencional. En definitiva, tanto el profesional sanitario como el paciente deben de asumir una serie de valores que sustenten su relación y deben de intentar que,

esos valores, se conviertan en hábitos, que sean capaces de dejarles una impronta, la de la virtud (De Santiago, 2014).

Ese proceso de captación de valores y de asunción de virtudes debe ser considerado en el aprendizaje y la formación continuada de los profesionales sanitarios y, por otra parte, debe ser contemplado como un deber de los pacientes. Si estos últimos no se implican en el proceso

asistencial sanitario en los términos mantenidos en este trabajo, de una asistencia sanitaria vertebrada por la presencia intencional, lo más probable es que la medicina siga presentando un deterioro al subvertir una relación humana en una transacción comercial en la que el profesional sanitario se convierta en un técnico que tiene que reparar un órgano o un proceso fisiológico a demanda de un cliente.

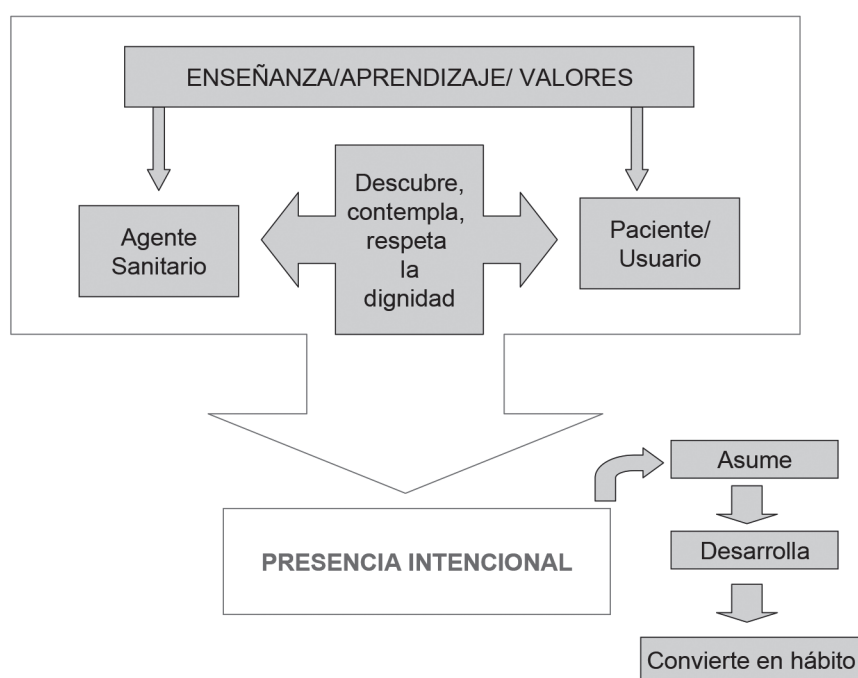


Figura 2

El proceso de conversión de la presencia intencional en un hábito

#### 4. CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica sobre el concepto de presencia intencional sugiere que ha de haber una mayor profundización en su estudio ya que es un concepto que es entendido de forma diferente por los distintos autores, esta discrepancia reviste una gran importancia ya que unos asocian

el conceptos sólo a cuestiones externas (estar) y otros a internas (ser) como sustento de las externas (estar).

Consideramos que la presencia intencional como encuentro personal ontológico es la única interpretación del concepto que puede satisfacer una rehumanización de la asistencia sanitaria. De tal forma que

entendemos la presencia intencional como un proceso interpersonal que se caracteriza por el diálogo, el compromiso, la plena participación, la apertura, la atención fluida y la trascendente unidad entre dos personas que se reconocen dotadas de una dignidad ontológica y que sustentan su vínculo en una relación de amor satisfactoria para ambas.

Es necesario que los profesionales sanitarios realicen actividades de reflexión (estudios humanísticos, habilidades de comunicación, psicología aplicada, etc.) que permitan construir el complejo proceso por el cual ponen en práctica la presencia intencional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amengual G. (2007). *Antropología filosófica*. Madrid: BAC, 86.
- Aparisi A (2011). *Persona y género*. Pamplona: Aranzadi-Thomson Reuters.
- Ars B. (2013) *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, 95-112.
- Bonilla AB. (2006) *¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad*. En: Losoviz AI, Vidal DA, Bonilla A. *Bioética y Salud Mental. Intersecciones y dilemas*. Buenos Aires, Akadia, 77-88.
- Borno JM (2015). *La Bioética ha muerto ¡Viva la ética médica!* Cuadernos de bioética; 86: (25-49)
- Buber M. (1973). *¿Qué es el hombre?* México: Fondo de Cultura Económica.
- Burgos J M. (2009) *Antropología: una guía para la existencia*. Madrid: Palabra, 67.
- Cañas JL. (2014). *Escuela de rehumanización*. San José de Costa Rica: Fucopre.
- Cárdenas R (2014). *Autonomía de la voluntad y reproducción asistida*. *Consensus*; 19 (2): 73-90.
- Castilla B (1996). *Persona femenina, persona masculina*. Madrid: Rialp.
- Centeno C. (2009). *Manual de Medicina Paliativa*. Navarra: Eunsa, 281-283.
- Chase, S. (2001). *Response to "the concept of nursing presence: State of the science."* *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 15(4), 323-326.
- Ciccone L. (2005). *Bioética. Historia, principios, cuestiones*. Madrid: Palabra.
- Coreth E. (1985). *¿Qué es el hombre?* Barcelona: Herder.
- De Santiago M (2014) . *Las virtudes en Bioética Clínica*. Cuadernos de Bioética, 83, 75-91.
- Doona, M., Haggerty, L., & Chase, S. (1997). *Nursing presence: An existential exploration of the concept*. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(1), 3-16.
- Doona, M., Chase, S., & Haggerty, L. (1999). *Nursing presence: As real as amilky way bar*. *Journal of Holistic Nursing*, 17(54), 54-70.
- Ferlic, A. (1968). *Existential approach in nursing*. *Nursing Outlook*, 16, 30-33.
- García Cuadrado J. A. (2010). *Antropología filosófica*. Pamplona: EUNSA, 139.
- Godkin, J. (2001). *Healing presence*. *Journal of Holistic Nursing*, 19(5), 5-21.
- Goffman E. (1959) *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.
- Gordillo L. (2015). *Ideología y ética de la voluntad. Una base para la reflexión Bioética*. *Cuadernos de Bioética*; 86: 51-65.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). *Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring*. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(3), 111-119.
- Hessel, J. (2009). *Presence in nursing practice: A concept analysis*. *Holistic Nursing Practice*, 23(5), 276-281.
- Hildebrand D, Hildebrand A. (2003). *Actitudes morales fundamentales*. Madrid: Palabra.
- Keidar D (2005). *Classroom Communications*. Israel: UNESCO Chair Office, IV.
- Kissell J. (2008). *The "vulnerability" quagmire in international research*. En: Weisstub DN, Pintos GD. *Autonomy and Human Rights in Health Care*. Dordrecht: Springer, 331-340.
- López Guzmán J (2010). *La comunicación interpersonal en salud: la comprensión médico-paciente*. En: Medina P, González A (Coord.). *Comunicación de la salud: una aproximación multidisciplinar*. Madrid: Fragua, 153-164.

- López Guzmán J (2013). Integridad en el ámbito profesional sanitario. Granada: Comares.
- Marías J (1981). Introducción a la Filosofía. Madrid: Alianza Editorial.
- Maritain J. (1968) Distinguir para unir o los grados del saber. Buenos Aires: Club de lectores.
- Mounier E. (1997). El personalismo. Madrid: Acción Cultural Cristina.
- Ollero A. (2009). Derecho y moral implicaciones actuales: a modo de introducción. *Persona y Derecho*, 61, 17-31.
- Ortiz Lluesa E. (2013). Bioética personalista y Bioética utilitarista. *Cuadernos de Bioética*, XXIV, 58-65.
- Pellegrino E. (2002). The physician's conscience, conscience clauses, and religion belief: a catholic perspective. *Fordham Urban Law Journal*. Op. Cit. *Cuadernos de Bioética*, 2014; 83: 25-40.
- Simón P. (2004). El consentimiento informado: alianza y contrato, deliberación y decisión. En Couceiro A (Ed.) *Ética en cuidados paliativos*. San Sebastián: Triacastela.
- Spaemann R. (2000). Personas. Acerca de la distinción entre "algo" y "alguien". Pamplona: Eunsa.
- Tavernier, S. (2006). An evidence-based conceptual analysis of presence. *Holistic Nursing Practice*, 20(3), 152-156.
- Vaillot, M. C. (1966). Existentialism: A philosophy of commitment. *American Journal of Nursing*, 66, 500-505.
- Waldow, V. R. (2006). Cuidar, expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 89.
- Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson D. (1989) Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.
- Wojtyla K. (2008) Amor y responsabilidad. Madrid: Palabra.
- Zuanazzi G. (1995) L'età ambigua. Paradossi, risorse e turbamenti dell'adolescenza: Brescia: La Scuola.
- Zubiri X. (2006) Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza, 225.