

## ARTICULO

**Modelo de pensamiento antropofilosófico en el discurso y la práctica de enfermería**Fanny Barbera<sup>1</sup>, Nelly Arenas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento Básico de Enfermería.  
Universidad de Carabobo

<sup>2</sup> Doctorado en Enfermería.  
Universidad de Carabobo.

**Correspondencia:** Fanny Barbera.

**E-mail:** fannybarbera@hotmail.com

## RESUMEN

El propósito de esta investigación es construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de Enfermería. Fue utilizada una matriz epistémica compleja, lógica configuracional. Observación cualitativa y relatos de vida para la recolección de información y teoría fundamentada para el procesamiento. Muestra: 4 profesionales de enfermería de diferentes edades y experiencia laboral, seleccionadas de un hospital tipo IV. Usando el principio de saturación de Bertaux, con análisis de comparación constante, pasamos de ideas a hipótesis, para llegar a una representación mental de la realidad social de la enfermera. Los resultados mostraron que el profesional de enfermería muestra un modelo de pensamiento antropofilosófico cuya interpretación integra diversas corrientes teóricas y filosóficas, destacándose el personalismo cristiano y el existencialismo teísta, teorías derivadas de la enfermedad,

visión mecanicista del ser humano y teoría de las necesidades humanas, congruentes con el referente teórico y empírico. Se concluyó que la teoría del modelo conceptual del pensamiento antropofilosófico de enfermería, sobre conceptos, proposiciones e inter-relaciones. Siguiendo a Buber, el prisma humano del profesional de enfermería sintetiza este modelo de pensamiento, mediante el acompañamiento al paciente y su familia para cuidar de sí, y mantener la vida. Ser de intersubjetividad de Gevaert, formas de relación diálogo: dominio, indiferencia, entenderse, empatía, amarse y confianza. El universo personal de Mounier, identificados como: la comunicación de sí, búsqueda de la unidad viviente, la existencia incorporada y valores religiosos. Existencialismo personal, según Marcel, califica la existencia corpórea del Ser y del tener de la persona cuidada como Ser paciente y Estar enfermo. Ser de derechos, según Maritain e identificado por dos derechos: el derecho al respeto y al cuidado.

**Palabras Clave:** Antropología filosófica, pensamiento enfermero.

## ABSTRACT

**Anthropophilosophical model of thought of the discourse and practice of Nursing**

The purpose of this research is to construct a theory of the anthropophilosophical model of thought of the discourse and practice of Nursing. This was used an complex epistemic matrix, configurational logic. Qualitative observation and life stories for data collection and grounded theory for processing. Sample: 4 nurses of different ages and experience, selected from a type IV hospital. Using Bertaux's saturation principle, with constant comparative analysis, we went from ideas to hypothesis in order to reach a mental representation of the social reality of the nurse. The results showed that Nurses display an anthropophilosophical model of thought,

whose interpretation integrates various theoretical and philosophical currents, with an emphasis on Christian personalism and theistic existentialism, theories derived from disease, a mechanistic view of human beings, and human-needs theory, which is consistent with their theoretical and empirical principles. It was concluded that a theory of the conceptual antropophilosophical model of thought in nursing about concepts, propositions and relationships. Following Buber, the human lens of the nurse, synthesizes this a model of thought, through accompanying the patient and his/her family to provide care for himself/herself in order to preserve life. Gevaert's inter subjectivity being, ways of nurse/patient relationship: power, indifference, understanding, empathy, love and trust. Mounier's personal universe, identified as: self-communication, search for the living unit, built-in existence, and religious values. Personal existentialism, according to Marcel, corporeal existence and having the person cared for as being a patient and being ill. A being with rights, according to Maritain, identified by two rights: the right for respect and the right to receive care.

**Key words:** Philosophical anthropology, nursing thought.

## INTRODUCCIÓN

En el discurso, los profesionales de enfermería han expresado creencias y valores de la profesión que la definen como ciencia humana. Sin embargo, debemos respondernos: ¿porqué se observa en la práctica el uso de expresiones como: “el paciente de la colecistectomía”, “el paciente de la cama X”, “el viejito”, “el caso de SIDA” “el paciente que molesta a cada rato”

De hecho, existen investigaciones que reflejan que el profesional de enfermería manifiesta un trato indiferente, a veces hostil, e incluso maltratos verbales, hacia el paciente. Estos comportamientos pueden ser interpretados como des-humanización del cuidado de enfermería, en contradicción a la tendencia humanística y el compromiso aceptado.

Ahora bien, dado que la consideración hacia las personas parece estar asociada a lo que cada uno se responde así mismo sobre: ¿Quién es el ser humano? Puede aceptarse que la respuesta pasaría a constituir la valoración del otro; esta valoración representa el modelo de pensamiento antro-po-filosófico. Dicho modelo consiste en una matriz de conceptos que encierra aspectos inconscientes y racionales que guían la elección de normas y valores (1) que de alguna manera modulan la acción humana y la interacción en las relaciones interpersonales.

En atención a lo señalado, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el modelo de pensamiento antropofilosófico enfermero? ¿Cómo está interrelacionado el modelo teórico humanístico de enfermería con el modelo de pensamiento antropofilosófico del enfermero? ¿De qué manera el modelo de pensamiento antropofilosófico está interrelacionado con la práctica de enfermería? ¿De qué manera el pensamiento antropofilosófico enfermero se ha interrelacionado con la definición de enfermería? ¿Cómo se interrelaciona el pensamiento

antropofilosófico del enfermero con la definición de persona? ¿Cómo el modelo de pensamiento antropofilosófico actúa como fractal de la enfermería humanística? Estas interro-gantes representaron las incertidumbres

conductoras de la investigación.

Propósito de la Investigación: Construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería.

### **METODOLOGÍA**

Este estudio es una investigación social sustentada en la matriz epistémica compleja, con diseño de la lógica configuracional. Al abordar al sujeto humano lo hace en forma de ser complejo y singular. De ahí que utiliza el criterio de abordar al sujeto de estudio atendiendo a su condición de ser en situación, fuente primaria viva y sintiente, a través la interacción con el sujeto y la observación, desde la perspectiva multidimensional. Para efectos de esta investigación, se formularon cuatro momentos:

Primer Momento: Pre-configuración. Orientado a explorar la realidad del pensamiento antropofilosófico de enfermería en el contexto de la práctica hospitalaria. Se realizó la recolección de la información en el referente empírico de la situación problemática, por medio de la técnica de observación cualitativa y los registros de vivencias, permitiendo describir una aproximación al contexto de la práctica de enfermería en un

hospital urbano tipo IV y la focalización del problema de estudio. Los relatos de vida pueden cumplir varias funciones: exploratoria, analítica, verificativa y expresiva, significa que no existe una manera de utilizar un mismo relato de vida, sino varias (2). Basados en las afirmaciones de Bertaux decidimos utilizar los relatos de vida porque consideramos que había congruencia entre cada función de los relatos con los momentos de la investigación.

Segundo Momento: Configuración, donde el sujeto investigador se sumergió en la realidad con el propósito de aprehender información susceptible de interpretación, acerca del pensamiento antropofilosófico en el discurso y la práctica de enfermería. Se utilizó el relato de vida, técnica centrada en narraciones orales de los sujetos de estudio, sobre las experiencias vividas, la cual fue seleccionada por su carácter de enfoque biográfico que permite abordar la práctica profesional como parte de la experiencia de vida.

Bajo el criterio de saturación de contenido y estableciendo la técnica de relato de vida en paralelo, se valoró la narración aportada por 04 enfermeras, resultando saturada, en cuanto a la repetición de ocurrencia de contenido sugerida por Greimas (3).

Tercer momento: Reconfiguración. Este momento estuvo centrado en exponer los hallazgos sobre el modelo de pensamiento antropofilosófico enfermero redimensionado, según la Teoría fundamentada en Datos, propuesta por Strauss y Corbin.

Cuarto momento: Constructo Teórico. En este momento el estudio se focalizó en el propósito de construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, en el nivel descriptivo, explicativo y de síntesis.

## RESULTADOS

Las consideraciones metodológicas señaladas y la interacción con los relatos de vida, guiaron el proceso, que asienta la construcción teórica sintetizada en cinco categorías: El Prisma Humano, planteado por Buber, el Ser Inter-subjetivo, descrito por Gevaert, El Uni-verso Personal, fundamentado por Mounier, Existencialismo Personal, sustentada por Marcel, y Ser de Derechos, apoyada en Maritain.

### **Construcción teórica interpretativa.**

Para los efectos de esta publicación, nos referiremos a tres categorías en forma resumida: El Prisma Humano, entendida como las perspectivas pragmáticas que expresa el profesional de enfermería del estudio sobre su visión del ser humano con respecto al individualismo, colectivismo y su naturaleza dialógica en sus tres subcategorías identificadas:

**Ser de necesidades individuales.** Ser de Necesidades Individuales, primera subcategoría del prisma humano, la revisión de los relatos de vida de los sujetos de estudio muestran con claridad el uso del término necesidad, en forma atributiva de los pacientes. En particular citaremos las siguientes

frases: *“si él tiene cierta necesidad, pues yo voy a atender a ese usuario”*; *“porque muchas veces los pacientes te llaman porque tienen necesidad de alguna atención o algún cuidado que tu le debes brindar”*; *“quieres hacer atender a alguien que lo amerita, que lo necesita; que quieres hacer algo, ayudar a esa persona que en realidad lo necesita”*

En este sentido, la subcategoría *Ser de Necesidades Individuales*, se precisa indiscutible para la interpretación contextual. Se debe resaltar que Maslow ve en las necesidades una unidad de motivación, un impulso interno de la persona, más profunda que los deseos. Adquiriendo un carácter individual, *el yo con yo (3)*. De hecho, mientras más básica sean estas necesidades, más egoísta será el sujeto durante la búsqueda.

Aún cuando Maslow plantea las necesidades humanas como impulso biológico de subsistencia, por tanto individual, habría también que discutir la posición de otros autores, como Hayeck, quien mantiene la tesis sobre el individualismo, explicando que cada uno utiliza sus propios conocimientos y habilidades para lograr satisfacer las necesidades, aún las situadas más allá de su alcance, por lo que las considera un potencial de desarrollo humano (4). Bajo este argumento, las necesidades humanas implican no solamente impulso o deseo, sino capacidad para la acción.

La concepción de: *Ser de Necesidades*, amerita revisar la siguiente definición de necesidades: son las carencias, o la falta de algo, pero a la vez son potencia

pues comprometen, motivan y movilizan a las personas (5). Tenemos así, un enfoque dual de las necesidades: carencia/potencia.

No nos detendremos en la discusión sustancial de dicha dualidad, sino en su valoración pragmática. Según se ha citado, en torno a la valoración pragmática del discurso del profesional de enfermería, la dualidad carencia/potencia de las necesidades humanas puede motivar al menos dos tipos de relación dialogo: un profesional de enfermería dotado de capacidad que ayuda a un paciente con carencias, con minusvalía, dándose la relación dependiente; y un profesional de enfermería capacitado que ayuda a un paciente motivado para satisfacer sus necesidades, surgiendo la relación independiente.

Veamos un ejemplo, cuando en una relación de cuidado una enfermera se siente dotada de capacidad para ayudar a un paciente con carencias, en minusvalía, se corre el riesgo de una *relación dependiente*. En este tipo de relación, no puede ser de otro modo que una relación poderoso-débil, donde las enfermeras se debatirán en la práctica entre el tratar con amor a su prójimo o maltratar a alguien que necesita de ella... Puede gritar, decir “¡espérate!”, subestimar la capacidad de autocuidado y de conocimiento, pues es una persona necesitada de ella, un ser dependiente.

El riesgo de las relaciones de dependencia, es que algunas teorías consideran que esta forma de relación deshumaniza, puesto que “frena el

desarrollo de determinadas capacidades propias sobre la base de dejar que el otro haga por nosotros (5) (pensar, sentir, decidir)... Sobran razones teóricas para pensar que la relación de dependencia no es pretendida por el profesional de enfermería, ya que es de su competencia la movilización de las capacidades internas y del entorno del paciente para favorecer la curación de las enfermedades. Al contrario, sostenemos que la enfermera, en su competencia, esta-blece con el paciente una forma de relación de independencia, y no podría ser de otro modo que afirmar y dejar afirmar juicios, hablar y escuchar, dudar y dejar dudar, tener y aceptar con-vicciones de otros, tener conciencia de sus propios sentimientos y de los otros, tomar y dejar tomar decisiones (5).

Esta forma de relación, es una manera de promover la firmeza personal, que incluye gestionar la participación del paciente en el cuidado de sí, respondiendo a sus anhelos de libertad, a sus sentimientos de independencia y auto valía, y a sus propias capacidades.

**Ser colectivo.** El fundamento imaginario del colectivismo, según Buber, surge cuando la persona, en su angustia, se esfuerza en levantar un sistema de vida para acoger la realidad; “se siente individuo de un modo tan radical como ningún otro ser en el mundo y acepta su ser expósito por lo mismo que significa individualidad” (6). Pero al fracasar este fundamento imaginario, las personas recurren al colectivismo.

El fracaso del individualismo es la soledad, sentimiento que emerge ante la pretensión de la persona de sustraerse de su condición humana, por ello termina sumergiéndose en grupos y cuanto más compacto, cerrado y más potente sea, se sentirá más libre del abandono social y cósmico. Sintetizando: la persona, ante la angustia, vislumbra como suficiente solución acomodarse a la voluntad general y abandonar la voluntad propia.

Esta connotación, lleva a Buber a rechazar el colectivismo, porque priva a la persona de toda responsabilidad y rebaja la categoría de humano; esto significaría diluir al ser humano entre otros seres humanos, algo así como *uno más entre muchos*.

De lo anterior sostenemos que la enfermera (o) que se arroga tratar al paciente considerándolo *uno más entre otro*; se arriesga a no alcanzar el objetivo de cuidar de la vida, de satisfacer las necesidades, puesto que el cuidado implica actos que requieren de relación enfermera-paciente, asumidos en personas individuales. Por ejemplo, no se administra oxígeno a un grupo simultáneo de pacientes, sino que se individualiza un equipo y una dosis para cada uno; lo similar ocurre con la administración de medicamentos.

Sin embargo, conviene indagar, con quiénes la enfermera agrupa al paciente. Observamos en el relato que el único grupo humano con el cual las enfermeras, conectan al paciente es la familia, lo cual fue identificado en las siguientes frases: *“trato de ayudar a los*

*familiares”*; *“se consiguen muchos problemas intrafamiliares, “implica que el paciente está viviendo una experiencia en la parte familiar”*; *“uno valora al paciente así como a los familiares”*.

A nuestro juicio, la enfermera (o), ubica al paciente en su grupo familiar, el cual socialmente tiene la responsabilidad de velar por la vida y satisfacer las necesidades de sus miembros enfermos. Al parecer, la enfermera ve en la familia un grupo humano donde el paciente se subordina para consultar algunas decisiones inherentes a la enfermedad.

Hay un desplazamiento de la toma de decisiones del paciente hacia su familia, en concordancia con la tradición sostenida sobre que *“cualquier cosa que fuera económica, en relación a la vida del individuo y a la supervivencia de la especie, se trataba por definición de un asunto familiar”* (6), ratificando la enfermedad no como un evento del colectivo social, donde es uno más, sino bajo el significado de existencia privada, de naturaleza personal.

**Ser dialogal.** Desde la perspectiva del individualismo, la persona se encuentra consigo misma y desde la colectividad, es asumida como *una más entre muchos*, pues todo funciona con seguridad, pero sin interacción personal. Es necesario advertir que: *“únicamente cuando el individuo reconozca al otro en toda su alteridad como se reconoce así mismo, como hombre y marche desde su reconocimiento a penetrar en el otro, habrá quebrantado su soledad en encuentro riguroso y transformador”* (6).

Reconocemos que Buber, presenta la relación interpersonal en forma de experiencia superior a la individualidad y al grupo. Según su supuesto, solamente reconociendo al *otro*, se alcanza la realización personal.

Según lo señalado, referirnos el relato de vida, donde las enfermeras (os), reconocen este encuentro: *“cuando tú hablas con un paciente empiezan es a comentar desde que entraron a la institución, los momentos que ellos vivieron”; “se te abre completamente a hablar lo que él siente”; “capacidad de escucha, de habla, de contacto personal, una enfermera tiene que dejar aun todas esas cosas que nos limitan a acercarnos con él, acercarnos al paciente;” “Interrelacionarse es darle un abrazo, y hablarle y decirle hola María, como estás .”*

La enfermera (o) va al encuentro del paciente, buscando acercarse a sus vivencias, a sus emociones y sentimientos; por eso le habla, lo escucha, lo abraza, se acerca, entra en contacto, entra en diálogo, puesto que la noción de diálogo se vincula paulatinamente a la idea de comunicación recíproca entre personas, lo cual conduce a un *entre*, palabra denotativa de carácter interpersonal que genera *el nosotros*: Enfermera-Paciente.

Paterson y Zderad, señalan: *“la enfermería misma es una forma de diálogo vivo... el fenómeno de enfermería o sea la nutrición, la transacción intersubjetiva, el evento vivo experimentado por los participantes en el mundo de la vida diaria, es un*

*diálogo”* (7). Cuidar, es una interacción dialógica y se materializa en el acercamiento *Enfermera-Paciente*.

Afirmaremos que el diálogo es un rasgo propio del *“homo convivalis”*, descrito por Moreno, quien insiste en que el ser humano *“no está entregado ni integrado a la naturaleza; es un hombre humano entregado e integrado en Humanidad”* (8). Pudiera creerse que en la tesis de Moreno, donde la hospitalización es un encierro, el paciente aislado de su medio convive en relación dialogal con la enfermera (o), en respuesta a lo que él denomina la *humanidad*, es decir, en réplica a su condición humana.

Se entiende que el paciente en búsqueda de procurarse la vida ante la amenaza cierta y el inevitable temor que representa las experiencias humanas de la enfermedad, el dolor, la pérdida o la muerte, indefectiblemente la enfermera llega a constituirse en la compañía humana, muchas veces única, suscitándose el encuentro en diálogo Enfermera-Paciente.

En el diálogo cara a cara, la investigación realizada por Carvalho y Neves nos permitió identificar que el cuidado significaba alegría, tranquilidad y presencia (9). La enfermera, al permanecer 24 horas en el hospital, es una persona asequible que manifiesta en sí misma compañía humana presente, percibida a manera de seguridad y de diálogo silente.

**Ser de intersubjetividad.** El Ser de Intersubjetividad que permite detenerse en el diálogo corpóreamente hablando y

en sentido privado e intimista, para reflexionar en las posibles formas de diálogo que puede surgir en un encuentro personal, como lo señala Gevaert. En nuestro caso, esa diversidad de formas de diálogo que se da en el encuentro diálogo lo hemos denominado ser intersubjetivo. Las formas de diálogo identificadas en los relatos de vida en el encuentro diálogo fueron: relación de dominio, de indiferencia, desde el en-tenderse, de empatía, desde el amarse, y de confianza. Veamos sus seis subcategorías:

**1. Relación de dominio.** Estos son los relatos de las enfermeras que permitieron identificar la relación de dominio: *“Y mis pacientes, les digo “mis pacientes” porque yo me apodero mucho de ellos”, “cuando hay esa enfermera que mira por encima del hombro al paciente, que humilla al paciente con las miradas, con los gestos, con las palabras, con el sólo hecho de no escuchar”, “porque no está en su casa, vamos a tomarlo que está en un hospital, en el cual él no tiene la libertad y el no tiene la voluntad”.* Nadie podrá negarle a la enfermera que dialoga con el paciente. A lo planteado por Gevaert, añá-diremos la posición de Fromm quien mantiene que la fuente del carácter autoritario es la ética autoritaria, donde la autoridad es quien establece lo bueno y prescribe las normas. Hay quienes ejercen la autoridad racional y son competentes en la función confiada, ayuda al otro, en vez de explotarlo. Contrario a lo que pasa con la autoridad irracional,

cuyo poder sobre las personas, sea físico o mental, real o relativo, genera ansiedad e impotencia en las personas sometidas.

La postura gerencial de las enfermeras ha sido relevante en la práctica y educación de enfermería desde Nightingale hasta hoy. Pareciera que el liderazgo ocupa un espacio de interés particular entre estos profesionales. A esta condición se suma el hecho de que la relación enfermera/ paciente se da en un contexto institucional donde la relación está regulada por un marco ético y jurídico que incluye normas profesionales e institucionales, además de parámetros tecnocientíficos que establecen conductas impredecibles para garantizar la salud y la vida del paciente, de algunas de las cuales la enfermera es responsable. En conclusión, se debe establecer una relación de dominio humanizado que implica aplicar la ética de autoridad racional; en la práctica, es valerse de técnicas de persuasión en el marco de la honestidad de la relación diálogo.

**2. Relación de indiferencia.** Se actúa desde la indiferencia, por ejemplo, cuando se valora los signos vitales, la enfermera mide la presión arterial; técnicamente usa sus manos y el paciente extiende su brazo y sucede un inevitable roce de piel con piel, un encuentro de cuidado. Pero este encuentro puede darse sin que la enfermera conozca el nombre del paciente o sin dirigirle la mirada o palabra alguna. Esa manera de



relación se denomina indiferencia y denota ausencia de expresión de afectividad, pues opta por ignorar o mostrar desinterés por la persona. Se establece una relación sujeto/objeto: la enfermera escucha el tic tac del tensiómetro, pero no le importa el ser que emite el latido, aunque sí le importa la cifra, pues el interés está centrado en cumplir la actividad.

Las enfermeras del estudio reconocen este tipo de relación en estas expresiones: *“a veces hasta ignoramos al paciente, no le conocemos el nombre”; “pero esas tomadas de tensión no pueden ser como un maniquí”, nunca le dice ¿cómo te sientes Juan?, ¿cómo pasaste la noche?, nunca le pasa la mano y si se la pasa es con guante.* Parece que en el fondo la enfermera está destinada a vigilar el funcionamiento corporal, se preocupa por la vida, porque para ella la vida es el cuerpo. Este desconocimiento le permite a Gevaert aseverar que la indiferencia es el fracaso del reconocimiento del otro ser humano, la indiferencia es una crisis del nosotros (10).

De Sousa en su trabajo *“La corporeidad un rescate para la humanización de Enfermería”*, defiende la tendencia antropológica en la comprensión de la práctica de enfermería; el cuidado de enfermería a partir de la visión de la unión de la corporeidad en todas las condiciones de lo humano; *“el cuerpo y la condición humana o la corporeidad y el modo de ser del hombre”*.

### 3. Relación desde el entenderse.

Amerita esta relación sustraer un relato de las enfermeras: *“uno los está escuchando al momento en que ellos piden ayuda”, el aspecto de escucharlo, al ser, el que atiende, el que escucha*”. Estas aseveraciones nos muestran entendimiento; es el primer nivel de relación intersubjetiva de carácter constructivo donde se establece acercamiento sincero entre dos o más personas dispuestas a compartir ideas, criterios y formas de vida. En este caso, cuando la enfermera entiende al paciente, éste tiene nombre definido, significativo y rostro definido. El acto humano de entender requiere de escuchar; cuando se escucha, el oído y la voz hacen contacto. Ver o escuchar determinada expresión emocionada o tener nuestra atención orientada hacia determinado tema de inmediato estimula las neuronas a las que afecta ese mensaje. Este estímulo provoca que el binomio diálogo se conecten en un *nosotros* y supone que por mediación neuronal se prestan atención.

Levinas sostiene que el rostro habla...la manifestación del rostro es ya discurso. En la acogida el rostro y el léxico que le es coextensivo vienen a ser un lenguaje primero. La condición humana de la enfermera en relación a sentir iguales emociones, sufrimientos, tragedias, angustias y preocupación son eventos que interactúan con la posibilidad real de mantener la disposición a escuchar, tal como lo espera el paciente.

Escuchar y mirar los sentimientos es atender al paciente; esta actitud será percibida como calurosa, ya que éste se sentirá no sólo escuchado, sino acogido en su sufrimiento. Este acogimiento se confirma en el paciente, pues es el otro quien acepta el acogimiento; es el paciente quien se siente atendido, protegido y cuidado.

**4. Relación desde la empatía.** Para disertar sobre esta relación veamos algunos relatos: *“yo siempre mantengo una buena relación con los pacientes, trato de hacer empatía con los pacientes, colocarme en el lugar de ellos”, “Bondad humana es colocarte en el lugar de la otra persona”*. Ponerse en el lugar del paciente, según nuestro criterio, reúne el pensamiento central de las enfermeras. Según Rogers, ponerse en el lugar del paciente, sucede en un contexto de relación de ayuda e implica penetrar los sentimientos y significados personales del otro, y solo así alcanza el objetivo de la comprensión empática (11). En la psicología actual la palabra empatía se emplea en tres sentidos: *conocer* los sentimientos de otra persona, *sentir* lo que está sintiendo y *corresponder* compasivamente ante los problemas que la aquejan. Escuchamos y nos damos cuenta de las vivencias y sentimientos del paciente. La enfermera se relaciona desde el entenderse, pero al imaginarse lo que siente, automáticamente trans-porta su yo al otro y con ello se coloca en su dolor, en su enfermedad, en su necesidad, en su vida.

En definitiva, ponerse en el lugar del paciente es la empatía de otredad; ésta

se da al reconocer las emociones del otro, estimulándose el sistema de las neuronas espejo, al escuchar y mirar el rostro para comprender e imaginarse se da una reacción adicional que es imitar la emoción percibida. ¿Cómo actúa la empatía de otredad? La teoría de los opiáceos endógenos, que luego de escuchar, mirar el rostro, comprender e imitar el sentimiento, el cuerpo de la enfermera expresa el sentimiento y estimula las neuronas espejo del paciente. Tal vez, ésta es la razón por la cual la persona que padece un dolor eleva su mirada en busca del rostro humano de quien lo acompaña. Ciertamente, espera la empatía de otredad o quizás aspira otra respuesta, la compasión, y llegamos de esta manera a la empatía por compasión. Para Unamuno, la compasión es amor: El hombre ansía ser amado o, lo que es igual, ansía ser compadecido. El hombre quiere que se sientan y se compartan sus penas y sus dolores. La compasión es, pues, la esencia del amor espiritual humano, del amor que tiene conciencia de serlo, del amor que no es puramente animal, del amor, en fin, de una persona racional. El amor compadece y compadece más cuanto más ama (12). Desde nuestra interpretación, las enfermeras corren el riesgo de tener un discurso dualista, puesto que al aceptar el pensamiento enfermero, dentro de la corriente del cuidado humano, implícitamente aceptan la naturaleza com-pasiva; no se trata de epistemología, sino de un elemento del cuidado humano.

**5. La relación desde el amarse.** Este relato de vida, en nuestro criterio,

contiene expresiones que indican *Relación desde el Amarse: "el cuidado humano implica también muchas veces la parte afectiva del ser humano"; "hacerle todo con mucha dedicación y con mucho corazón"; "el amor por lo que uno hace implica que yo le dedico tiempo... para yo brindar una atención de calidad"; "como ven más a uno, a la enfermera, ellos como que hacen una amistad"*.

Sin entrar en otras consideraciones, definiremos el amor como un acto de voluntad que lleva a la persona a decidirse por alguien y actuar en consecuencia. El amor viene desde la intimidad, va más allá del entenderse, pues penetra en el misterio de la persona. Es por ello que el amor se da sin razones; muchas veces sin entenderse; se da y punto.

El amor es benevolente. Para dar una idea del significado de benevolencia aludiremos a lo siguiente: *"el ser humano se pone a disposición del otro por la entrega generosa de sí mismo en el encuentro con la verdad y con el bien; por excelencia establece una comunión desinteresada"* (13). Parece cierto, a la luz de lo descrito, que el amor garantiza las relaciones humanas, pero no cualquier amor, sino aquel guiado por el bien y la verdad.

El encuentro diálogo, en el contexto del cuidado humano, entendido como acción propia de la condición humana, según Arent, es la actividad donde se trasciende en las relaciones humanas y tiene lugar la voluntad libre y el interés por el bien de todos, conocida como

acción política (14). ¿Por qué las enfermeras y no otros profesionales son quienes hablan del amor? La respuesta la dio Blond (enfermera del estudio): *"como ven más a uno, a la enfermera"*. La presencia permanente, la continuidad de 24 horas como modo de trabajo, da connotación afectiva y trascendental a la relación Diálogo.

**6. La relación de confianza.** Las enfermeras, verbalizaron la relación de confianza con estas expresiones: *"para que el paciente sienta más seguridad donde está, sienta más confianza, se sienta más apoyado"; "ten por seguro que tu empiezas con la parte positiva del adolescente y el adolescente te va confiar cosas " ; "se le dice: no te de pena, tú puedes hacerlo, tú tranquilo, siéntete en confianza, puedes llorar; "es tener aquella calidez, carisma proyectarle a ellos confianza"* . La confianza es una forma de relación intersubjetiva que impregna de humanismo a las personas. Es la forma de relación más profunda que pueda experimentar la persona; no es fácil llegar a este tipo de relación ya que no es tan emotiva como el amor. La confianza se traduce en la práctica de enfermería, en hacer sentirle al paciente que no es vigilado, sino protegido. Quien confía no vigila, porque se espera del otro siempre una conducta buena. Además, se cree que en la buena conducta se respeta su libertad, porque hay un sentimiento de seguridad, en cuanto que la conducta será la debida.

Nightingale sugería la observación del paciente en busca de síntomas y signos como método de la práctica, no dando

lugar a la pregunta. Según su criterio, la confianza entre la enfermera y el paciente debía ser de tal manera que reconociera los cambios corporales, emocionales y espirituales en el paciente a la simple observación (15). Más allá del aspecto técnico de explicar siempre el propósito del cuidado, el rostro de la enfermera ha de ser muestra de la bondad de las intenciones del acto y de la actitud de interés por la vida y la salud del paciente, quien responderá con gesto de aceptación y confianza.

**Ser de derechos.** El *Ser de Derechos*, en el contexto de la filosofía de Maritain publicada en el año 1972, tiene como fundamento de los derechos la dignidad de la misma persona humana, quien al respecto señala: "Cosas hay que son debidas al hombre por el sólo hecho de ser hombre. La noción de derecho y la noción de obligación moral son correlativas; ambas descansan sobre la libertad propia de los agentes espirituales; si el hombre está obligado moralmente a las cosas necesarias para la realización de su destino, es porque tiene el derecho de realizar su destino; tiene derecho a las cosas necesarias para ello" (16).

La cita destaca que lo más importante, por su misma naturaleza, es la persona cargada de valor, de moral y de derecho; valía transferida en forma de derechos. Derechos que, de acuerdo a su principio de origen, han sido clasificados en naturales y positivos. Así los derechos naturales siguen necesariamente el primer principio moral universal: hacer el bien y evitar el mal.

Mientras que el derecho positivo es normativo, prescribe conducta desde los derechos naturales, protocolizados en un conjunto de leyes.

Se distinguen en los relatos de vida de las enfermeras, dos derechos: uno natural, *el respeto* y uno positivo, *el derecho al cuidado de enfermería*, entendido como parte del derecho humano a la salud.

**El Derecho natural al respeto.** Maritain parte de la convicción sobre una naturaleza humana, idéntica para todas las personas, lo que supone que tiene fines acordes a su naturaleza, cuyo alcance se debe propiciar en virtud de la propia naturaleza humana debido a que "*hay un orden o una disposición que la razón humana puede descubrir, y según la cual debe obrar la voluntad humana, acorde a los fines necesarios del ser humano. La ley no escrita, o el derecho natural, no es otra cosa que esto*" (16).

El derecho natural será entonces el conjunto de actos justos, debidos y exigibles, gracias a la naturaleza humana, por lo tanto, en el plano de la conciencia moral. Como lo verbalizaron las enfermeras del estudio: "*hay muchas formas de tu respetar al paciente: la confidencialidad que tú puedas tener con lo que te diga ese paciente, el respeto que debes tener por él*"; "*Uno demuestra respeto cuando uno es seguro, se dirige a ellos de buena manera, le dice en qué te puedo ayudar, muévete para acá, siéntese*"; "*la enfermera tiene que mostrar respeto humano*"; "*el sólo hecho de ser un ser*

*humano y de tener vida, hay que respetarlo”.*

Cuando las enfermeras afirman *la necesidad de mostrar respeto al paciente*, damos por entendido que *el respeto al otro* es un derecho natural, pues no es una norma prescrita en un manual de comportamientos de *respeto al paciente*, sino que asume que todos sabemos cómo respetarlo, apelando a la conciencia moral.

La búsqueda del bien es el fin de todo acto moral reconocido, aceptado por la raza humana y la procura del bien la expresa en normas sociales, lo que le ha dado fuerza de ley. Así, los derechos naturales constituyen los principios básicos de la vida moral, de donde se prescriben posteriormente las normas morales referidas al deber de la conducta moral. El primer principio necesario es

“haz el bien y evita el mal”.

Reflexionar sobre que significa respetar al paciente, incluye revisar la obligatoriedad moral de los derechos naturales. De acuerdo con la ontología del acto moral, planteada por Maritain, la moral se manifiesta en la conducta de la persona y en el modo de conducir su vida (17). Esta conducta y el modo de conducirla se interpretan en el marco de la ética. Ética es, etimológicamente hablando, modo o forma de vida, carácter y ese carácter modo de hacer; es la práctica de los valores, cuya posesión perfecciona al ser humano en su capacidad de autogobierno, o sea, en el uso de su libertad (17). Desde este

punto de vista, la ética es el arte de vivir, arte que durante la historia de la humanidad, según la ética teleológica, dirige al hombre hacia un fin último, la felicidad, que en cierta medida es llevarse bien con los otros, con el mundo y consigo mismo. La ética socialmente, se ha fundamentado en la construcción de normas, en forma de derechos, deberes, opciones, prohibiciones y obligaciones, que se consideran adecuadas para la convivencia social. Es así como las enfermeras del estudio, expresan el respeto al paciente, en el sentido de una norma general que debería guiar su actuación durante el cuidado, en términos de buen trato. La ética es más que el mero cumplimiento de deberes. Es la búsqueda de la felicidad; y sólo se alcanza en la plenitud del ser humano, mediante el ejercicio de las virtudes.

La ética tiene al menos dos elementos, la norma, constituida por la conducta prescrita y la virtud, que constituye la práctica de valores fundamentales que guían la forma de actuar necesaria para cumplir la norma *ética*. Así, las enfermeras aceptan el respeto al otro en función de una norma descrita como derecho natural. Queda por aclarar cuales valores ha de practicar (virtudes), para actuar con respeto al otro, como norma ética.

Desde el cristianismo, los vicios se refieren a la práctica de antivalores que tienen significación de pecado, y teológicamente son responsables de la inclinación humana a la obra del mal, hacia Dios, hacia sí mismo y hacia los *otros*. Mientras que al actuar inclinado

por el bien, que constituye los valores y la práctica habitual, es llamada virtud. La enfermera que pretende ser respetuosa no impone sus acciones a la persona cuidada, pues ha de ser prudente; no puede ser presa de sus apetitos al querer realizar el cuidado cuando a ella le convenga, sin entrar en diálogo con el otro, sin conocer su biorritmo y su cultura para hacer de sus acciones un arte. De igual importancia es la flojera, definida como desgano por obrar en nuestras obligaciones, bien sea de carácter personal, laboral o familiar. Con la gravedad de que en el plano profesional acarrea negligencia, incumplimiento de tareas, faltas o retrasos a las jornadas de trabajo, descuido en la actualización y capacitación profesional. La enfermera que tiene como principio o norma ética *el respeto al paciente* (18), debe tener hábitos de inclinación al buen obrar, o lo que es igual, ser virtuosa o practicar valores. Entre las virtudes que facilitan el comportamiento respetuoso tenemos: humildad; ecuanimidad y paciencia. Las enfermeras del estudio, expresaron *el respeto al paciente*, y coinciden con otras investigaciones, que lo consideran como valor o derecho del paciente.

**El Derecho al Cuidado de Enfermería** parte del contexto de la doctrina de los Derechos Humanos. Doctrina que se hace universal a partir del 10 de diciembre de 1948, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, como ideal común por el que todos los pueblos y naciones promuevan el respeto a estos derechos y libertades (17).

De acuerdo a Maritain, los derechos humanos asumieron los principios éticos y morales de la doctrina de los derechos naturales (17). Sin embargo, las reclamaciones de los derechos no se agotan en aspiraciones morales, dado que el orden jurídico y el reconocimiento universal obligan al estado en el ámbito jurídico a respetar y proteger a las personas para el disfrute de los derechos reconocidos. Así, el estado se transforma en una instancia positiva encargada de satisfacer las demandas establecidas (19). Coherente con el estado de derecho, en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el Estado venezolano reconoce la salud como derecho social fundamental, en el Artículo 83 y garantiza la creación, rectoría y gestión de un sistema público nacional de salud (art.84).

Las expresiones de las enfermeras, dan como derecho del paciente el cuidado de enfermería: *“hasta después de muerte tienes que tener un respeto, una atención y un cuidado hacia el paciente”*; *“tú como paciente quieres que te atiendan”*; *“el paciente está para recibir un servicio y las enfermeras lo están haciendo no porque le están pagando, sino por el compromiso que tienen de atender, el compromiso que tienen de cuidar”*. Se desprende de estas expresiones que las enfermeras reconocen el cuidado enfermero como un derecho, en tanto que afirman: *“tienes que”*; *“el compromiso que tienen de cuidar”*; *“como pacientes quieres que te atiendan”*.

Desde el punto de vista jurídico ¿cuál es la fuente de ese derecho del paciente? El 26 de julio de 2005 fue sancionada en la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela la Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería. Esta ley constituye la normativa legal que regula las actuaciones de enfermería como servicio público del sector salud. Particularmente, el Artículo 13 establece la obligación de asistir a los usuarios y usuarias. En resumen, la ética del cuidado humano se trata de respeto por la humanidad, no solamente en lo que concierne a la relación personal, sino a la relación persona-humanidad como una totalidad. Implica, entonces, respeto al otro y respeto a las condiciones que hacen posible la vida; vale decir, lo personal y lo ecológico.

### **CONCLUSIONES**

Desde el discurso, las enfermeras del estudio muestran que en el modelo de pensamiento antropofilosófico se integran diversas corrientes teóricas y filosóficas, destacándose el personalismo cristiano y el existencialismo teísta. Ambas corrientes, aceptan valores y creencias derivadas de la doctrina judeocristiana. Se aprecian conceptos interrelacionados con teorías que derivan de la enfermedad, con la visión mecanicista del ser humano, y énfasis en la fisiología orgánica. Ambas tendencias del pensamiento coinciden con el referente teórico y empírico del estudio.

Se distingue en el discurso de las enfermeras conceptos que se corresponden con la teoría de las

necesidades humanas de Abraham Maslow, identificándose interacción con teorías de la psicología. Identificación que se amplía, cuando además expresa la noción de la persona como ser espiritual, expresión humana de la fenomenología de la conciencia. Las enfermeras muestran su sentido de compromiso trascendental, acorde con la corriente humanística. Los conceptos utilizados en el discurso, el pensamiento antropofilosófico de las enfermeras, está en correspondencia con teóricos de la enfermería, tales como Florence Nightingale, quienes coinciden en la visión de paciente como persona enferma y en la integración de la teoría de la enfermedad a la enfermería. Virginia Henderson, quien armoniza la integración de las necesidades humanas al pensamiento enfermero y Hildergade Peplau, conceptualmente coinciden en visualizar a la persona en su dimensión intersubjetiva, con énfasis en la interrelación personal (20). Jean Watson detenta el uso del lenguaje sobre la espiritualidad, conceptos planteados en la teoría del cuidado humano (21).

En el modelo de pensamiento antropofilosófico de enfermería surgen, simultáneamente, aspectos de la teoría de la enfermedad, implícitamente funcional-mecanicista, y tendencias teóricas y filosóficas holísticas, humanistas y fenomenológicas, lo que no se interpreta como dualismo epistémico, sino que se considera expresión de holopraxis de enfermería, que se corresponde con el marco de la complejidad de las ciencias humanas.

El constructo teórico interpretativo orienta la mirada hacia el modelo de pensamiento antropofilosofico enfermero, a manera de sistema complejo que integra la teoría/empíria y las representaciones teóricas, filosóficas y axiológicas de la local, la cual coincide con la realidad general acorde con el principio de holograma. En este pensamiento, lo personal, lo local y general constituyen un sistema recursivo, puesto que los niveles interactúan de manera autorreferente, manteniendo el modelo.

Desde la complejidad, en este modelo de pensamiento se visualizan rasgos de desgaste, tales como: visión de diluir al paciente en colectivo, formas de relación de dominio con autoridad irracional o manipulación, crisis del *nosotros*, centrar el cuidado en la enfermedad y no en la persona, trato con indiferencia afectiva, cosificación del paciente y proyección del temor a la muerte.

## REFERENCIAS

1. The Antofagasta British School. Ser Persona Ilusión o Realidad (en línea). Disponible en: [www.páginanueva13.com](http://www.páginanueva13.com) Consultado el 13 de Mayo de 2004
2. Bertaux. D. L Approche sa Validite Biographique ethodologiques. Potencialites. Cuadernos Mass Cultural LXIX. Francia. Traducido por el Dr. Jesús Rivero 1980.
3. Maslow, A. Motivación y Personalidad. Ediciones Díaz de Santos. España 1991.
4. Hayek, F. Individualismo: el Verdadero y el Falso. Revista Estudios Públicos. Chile 1986; 22: 1-28.
5. Max- Neef, M. Desarrollo a Escala Humana. Editorial Nordan-Comunidad. España 1983
6. Buber, M. Yo y tú. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires 1998.
7. Paterson, J y L. Zderad. Enfermería Humanística. Editorial Limusa. México 1979.
8. Moreno, A. Homo Convivals y Medicina Social, en Filosofía en la Medicina. Editoriales del Rectorado. Universidad de Carabobo. Venezuela 1995.
9. Carvalho, M y Neves, E. Cuidado en la Hospitalización: la Perspectiva Infante Juvenil. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. Brasil 1998; 7(2):1-425.
10. Gevaer. J. El Problema del Hombre. Editorial Sígueme. Salamanca. España 1976
11. Rogers. ME: Nursing: A sciencie of unitary man. En Riehl JP, Roy SC (eds): Conceptual Models for Nursing Practice. Nueva York. Appleton-Century-Crofts 1980.
12. Unamuno, M. Del Sentimiento Trágico de la Vida. Biblioteca Nueva Madrid 1999.
13. Osho. Compasión. Editorial Grijalbo. Colombia. 2009.
14. Arendt, H. La Condición Humana. Editorial Paidos. Buenos Aires 1996.
15. Nightingale, F. Notas sobre Enfermería. Masson. S A. Barcelona. España 1990.
16. Maritain, J. Los Derechos del Hombre. La Pldyade, Buenos Aires 1972.
17. Maritain, J. La Educación en este Momento Crucial. Editorial Club de Lectores. Benos Aires 1981.
18. Gómez, R. La Dignidad Humana en el Proceso de Salud Enfermedad. Colección Textos Ciencias de la Salud. Editorial Universidad del Rosario. Colombia 2008.
19. OMS/IEP/OPS. Quality and Accreditation in Health Care Services. A Global Review. Department of Health Service Provision Ginebra 2003.



20. Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. España. Editorial Mc Graw Hill. 1994

21. Watson, J. Ciencia Humana y Cuidado Humano. Una teoría de Enfermería. New York, National League for Nursing. EEUU 1988