

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

**LA COMUNICACIÓN Y LA RELACIÓN ENFERMERA-
PACIENTE: HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN EL
ACOMPAÑAMIENTO Y ALIVIO DEL SUFRIMIENTO.**

**Autora: Ana Luengo Molero
Tutora: Gema Mata González
Convocatoria: Junio 2015-2016**

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	11
Cuidados humanizados	11
Necesidades de la persona	14
El sufrimiento	19
Tipos de temperamento.....	25
Temperamentos según Hipócrates	27
Temperamentos según R. Lucas Lucas	28
Ética del cuidar	32
Una buena comunicación.....	34
Comunicación verbal.....	38
Comunicación no verbal.....	39
DESARROLLO DEL TRABAJO	42
PROPUESTA DE ACTUACIÓN.....	42
OBJETIVO GENERAL.....	42
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
CRONOGRAMA.....	43
SISTEMA DE EVALUACIÓN	44
SESIONES.....	44
Sesión 1 Antropología de la Salud.....	44
Sesión 2 Relación Enfermera-Paciente	46
Sesión 3 Herramientas de comunicación	47
CONCLUSIONES.....	49
REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXO	59
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	59

RESUMEN

La enfermería cada vez está más deshumanizada; cada vez los avances técnicos, la formación de los profesionales, o la falta de ella, y la pérdida de valores en la sociedad, fomentan más esta deshumanización. Sin darnos cuenta, los profesionales de enfermería, influidos por el ambiente, por el ritmo de vida y de trabajo, y por los requerimientos de una sociedad cada vez más individualista, vamos poco a poco perdiendo la esencia de nuestra vocación: acompañar al paciente durante su proceso de enfermedad. Ahora parece que se trata simplemente de que se cure y se dé de alta lo más pronto posible, pero nuestra profesión requiere mucho más que eso, y lo estamos perdiendo.

En el presente trabajo se pretende dar unas claves sobre esta esencia de la enfermería, centrada en la persona. Por ello, en primer lugar se realiza una revisión bibliográfica en la que se tratan diferentes puntos como son los cuidados humanizados en sí y algunas causas de la deshumanización; el concepto de persona, las dimensiones que lo forman y las necesidades que surgen de ellas, poniendo especial hincapié en las necesidades espirituales; el sufrimiento y las diferentes actitudes que se pueden adoptar ante él así como los factores que intervienen a la hora de adoptar una actitud u otra; la comunicación como herramienta fundamental en la relación de acompañamiento con el paciente, distinguiendo entre el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal.

Estos conceptos clave se desarrollan principalmente en un curso diseñado con este fin, para que los profesionales sanitarios que deseen volver a unos cuidados humanizados centrados en la persona cuenten con las herramientas básicas para conseguirlo.

PALABRAS CLAVE

Cuidados humanizados, relación enfermera-paciente, dimensión espiritual; sufrimiento; comunicación verbal y no verbal.

ABSTRACT

The nursing profession is becoming more and more dehumanized; even more, the technical advances, the education of health professionals, or the lack of it, and the loss of values in society promote this dehumanization. Almost without realizing it, nursing professionals, influenced by the environment, the rhythm of life and work, and the requirements of an even more individualistic society, we are slowly losing the essence of our vocation: to accompany the patient during the process of their illness. Now it seems that it's just about the healing and the discharge of the patient as soon as possible, but our profession requires much more than this, and we are losing it.

In the present paper, the goal is to give some basic clues about this essence of nursing, centered on the person. In order to do this, a bibliographic review is done looking at different points, like humanized care itself and some of the reasons of the dehumanization; the concept of person, the dimensions that make it up and the needs that arise from them, with a special emphasis on the spiritual needs; the suffering and the different attitudes that one can adopt before it as well as the factors involved when adopting one attitude or the other; communication as a fundamental tool in the relation of accompanying the patient, distinguishing verbal and non verbal language.

These key concepts are developed mainly in a course designed with this purpose, so that health professionals that wish to go back to humanized person centered care, have the basic tools to achieve it.

KEYWORDS

Humanized care, nurse-patient relationship, spiritual dimension; suffering; verbal and nonverbal communication.

INTRODUCCIÓN

Para que una profesión dé sus frutos, es necesario volver a la esencia de la vocación. En enfermería, esta esencia es el acompañamiento, o dicho de otro modo, la relación enfermera-paciente. Con el paso del tiempo se va dando más importancia a las técnicas enfermeras, a las propias enfermedades, a los protocolos, y cada vez se va dejando más de lado al paciente, al enfermo, al usuario, en definitiva, a la persona. Para poder recuperar esta esencia tan primordial de la enfermería, es necesario aclarar una serie de conceptos.

En primer lugar hay que saber qué es la enfermería. Según las grandes teóricas de la profesión enfermera, esta se define como “una relación de ayuda que acompaña a la persona dentro de un entorno a vivir experiencias de salud”¹. En concreto, especificamos la definición que aporta Hildegard Peplau ya que en ella considera de manera particular la relación enfermera-paciente. Define la enfermería como “un **proceso interpersonal** y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.”² Yéndonos a una definición en términos más generales diremos que la enfermería es una relación humana entre un enfermo y una enfermera que posee una formación especializada, para reconocer y responder a la necesidad de ayuda; de esta relación surge frecuentemente el esclarecimiento del problema del paciente³. Esto es porque al tener la enfermera un trato más cercano con el paciente que meramente para poner la medicación y realizar las diferentes técnicas enfermeras, se da una comunicación gracias a la cual se pueden conocer las necesidades más internas e íntimas del paciente que no se pueden saber a simple vista ni se pueden objetivar como simples signos de una posible enfermedad. Es decir, que gracias a la relación entre la enfermera y el paciente, a la comunicación que se puede dar entre el uno y el otro, se

¹ García Marco María Isabel, López Ibor María Nieves, Vicente Edo María José. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2004 Mar [citado 2016 Feb 20] ; 13(47): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es.

² ALVARADO, Karen Giselle; GUGLIELMETTI, Sofia; TENIS, Sabrina; DIAZ, Cintia Anahí. EL CUIDADO. Hildegard Peplau. [Sede Web] 2012 Jun [citado 2016-04-04] Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.es/2012/06/hildegard-peplau.html>

³ Mejía Lopera María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2016 Feb 20] ; 15(54): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es.

puede llegar a conocer de mejor forma al paciente y sus necesidades y de ahí saber cuál es su principal problema que requiere de nuestra atención y servicios. Por lo tanto podemos decir que la enfermería es una profesión por, con y para los demás, ya que las enfermeras colaboran junto con el paciente en su proceso de enfermedad atendiendo a sus necesidades de manera holística, promocionando en todo momento la autonomía del paciente y procurando que lleve el proceso de enfermedad de la mejor manera posible.

Es en este punto donde también aclaramos el concepto de “holismo”. Según la RAE, la definición de holismo es: “doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.”⁴ La aplicación de esta definición en el ámbito que tratamos, la persona, se refiere a tratar a esta en todas sus dimensiones como un todo, las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual que ya veremos más adelante. Por eso, cuando hablamos de un cuidado holístico a la persona, nos referimos a un cuidado en todas y cada una de estas dimensiones que componen la persona humana. Por esta razón, de ahora en adelante y a modo aclaratorio, nos referiremos al cuidado holístico como cuidado humano o humanizado.

Por otro lado, nos preguntamos qué es la enfermedad. H. Peplau basa su planteamiento sobre la enfermería en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad. Según la OMS, la enfermedad es la “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.”⁵ Este término va en oposición al concepto de salud, el cual según la OMS es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”⁶ Con este concepto podemos entender que al aparecer la mínima alteración en cualquiera de las dimensiones de la persona, se da la enfermedad, y por lo tanto no es únicamente atendiendo a la dimensión física. Esta aclaración es sumamente relevante ya que cada vez se le está dando más importancia a la dimensión

⁴ Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid: Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española, 2016.

⁵ El blog de la salud [Internet] Divulgación, Enfermedades, Salud. 2012 [actualizado 24 noviembre, 2014; citado 10 abril, 2016] Disponible en: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>

⁶ Ib. Idem.

física de la persona y se les resta importancia a las demás, dentro de las cuales la dimensión espiritual cobra una gran relevancia. Es por esto que el concepto de holismo era aclarado en el punto anterior, ya que en la mayoría de sus usos no se contempla esta dimensión espiritual, cuya importancia veremos más adelante.

No es menos importante entre la aclaración de términos definir el concepto de persona, ya que en base a este concepto se adopta una actitud diferente a la hora de proceder y relacionarse. En rasgos generales, la persona es cuerpo y alma, no pudiendo ser el uno sin la otra ni viceversa, es decir, la persona es una unidad en dualidad. El cuerpo es la materia física y el alma la forma espiritual; ambas dimensiones unidas forman a la persona, por lo que al tratar a las personas, debemos hacerlo hacia las dos dimensiones, sin separar la una de la otra.

La persona humana es un sujeto individual racional. Es sujeto pues tiene valor propio, una dignidad ontológica por el mero hecho de ser persona; es individuo que posee una unidad interna en sí mismo y es diferente a los demás; y es racional pues tiene unas capacidades que no tienen los demás seres vivos: inteligencia, amor, sentimientos, moralidad, etc.⁷

Por ende, podemos decir que la persona es un ser único, ya que no hay dos exactamente iguales; complejo, puesto que tiene varias dimensiones (biológica, social, psicológica, espiritual); dinámico, porque es en el tiempo, tiene y hace historia; en relación, tanto intra, inter y transpersonal; y que posee un anhelo de plenitud, que está en busca de sentido.⁸

En base a estos conceptos definidos, se presenta la necesidad de un perfil concreto de enfermera capaz de cumplir con su profesión para lograr el objetivo que persigue, el de establecer una relación enfermera-paciente basada en la humanización de los cuidados. Dicha humanización se centrara en el cuidado holístico de la persona, atendiendo a su dimensión tanto física como espiritual, es decir, cuerpo y alma. Este perfil que

⁷ Lucas Lucas, Ramón. Explicame la persona. Ed. ART. Roma. 2010.

⁸ Alvarez Alvarez, Roberto (et.al). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de ecaluación y acompañamiento en Cuidados Paliativos. SECPAL. Madrid. 2014.

queremos definir es el de una enfermera que posea las siguientes virtudes y valores: humildad, honradez, sinceridad, respeto, escucha, resiliencia, empatía, calidez, cercanía, cariño, servicialidad, paciencia, prudencia, justicia, fortaleza, templanza, coherencia, responsabilidad, entrega, generosidad y compasión principalmente.

MARCO TEÓRICO

Como hemos observado, en la profesión enfermera es clave la relación enfermera-paciente dentro del cuidado humanizado. Por lo que se puede ver y comprobar, existen muchos profesionales en este campo que no viven este *quid*, centrando sus actividades en curar la enfermedad en vez de al enfermo, reduciendo a la persona únicamente a su dimensión física, de tal modo que se ha puesto de manifiesto la necesidad de una “mayor investigación, estudio y **divulgación** de las necesidades espirituales y sus atenciones para poder otorgar desde la enfermería unos cuidados holísticos y de calidad”⁹ de forma que la relación enfermera-paciente se plantee en base a las necesidades de éste.

Cuidados humanizados

No es desde Florence Nightingale, sino desde el comienzo del hombre, que existen los cuidados humanizados. Sin embargo se ha ido dando una progresiva deshumanización por diversas causas. La aplicación de las nuevas tecnologías, la búsqueda de la eficiencia, la sobrecarga de trabajo, el síndrome del burn-out, y un largo etc, son unas de las muchas causas que profundizan la deshumanización de los cuidados enfermeros¹⁰. Por un lado, el desarrollo científico y tecnológico hace que el paciente se convierta en medio y no fin, a través del cual se pueda poner en práctica nuevos inventos y descubrimientos y así que el profesional consiga méritos y reconocimientos. Es por esto también que se produce un reduccionismo hacia al paciente considerando únicamente su enfermedad, en vez de al enfermo, y centrándose en curarle en vez de cuidarle y acompañarle.

Otra de las causas de la deshumanización está en la estructura de los centros sanitarios, en donde se busca la máxima eficacia y eficiencia de los servicios. Debido a esto se quiere que la atención se dé lo más rápido posible y se considera de buena calidad si el

⁹ Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Feb 09]; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.

¹⁰ Quero García, Manuel; Delgado Arcas, Sonia. Humanización en los cuidados y la relación de ayuda. *Enfermería Docente*; 99: 32-34. 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/99pdf/99-032.pdf>

paciente se cura pronto. El resultado de estas prácticas es que el paciente es visitado y recibido pero no siempre “atendido” en cuanto a lo que realmente necesita. Es también por la estructura de los centros sanitarios y por los criterios economicistas de productividad, competencia, número de pacientes y rotación constante de personal que lleva a la sobrecarga de trabajo y síndrome de burn-out con la consecuencia de que los pacientes no son tratados con el debido humanismo, dejando sin atender todas sus dimensiones y necesidades y sin mirarle a él como persona. Además, debido a la protocolización que se realiza en cada institución sanitaria, se da la situación en que se atiende a todos los pacientes de la misma forma, desfavoreciendo la atención individualizada que requieren por el hecho de ser cada uno personas únicas y diferentes de los demás con su propia historia y circunstancias.

La formación de los profesionales es otra de las causas que lleva a la deshumanización de los cuidados. La falta de formación humanística y antropológica y por el contrario, la centralización de la formación en los conocimientos y habilidades técnicas conlleva a una despersonalización del paciente, puesto que nos encontramos con profesionales de gran nivel científico y grandes habilidades técnicas que no son capaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma. El problema no solo está en el currículo incompleto de los enfermeros que se forman, sino también en las actitudes que transmitan los profesores, lo que se denomina “currículo oculto”. Este se refiere a “las actitudes, expresiones y actuaciones que pueden identificar y aprender de manera espontánea los estudiantes de sus profesores”¹¹ los cuales si no tienen los valores, virtudes y formación ideológica propia de un buen enfermero, no transmitirán las actitudes humanas correspondientes.

Por otro lado, están los aspectos sociales y de los propios pacientes dentro de las causas de la deshumanización existente en el ámbito sanitario. Estos aspectos sociales vienen derivados de un enfrentamiento de culturas que presentan diferentes intereses (como sería la cultura empresarial frente a la sanitaria), y en cuanto a los pacientes, el hecho de que cada vez vayan desconfiando más de los profesionales y depositen más confianza

¹¹Arredondo-González Claudia Patricia, Siles-González José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Mayo 09]; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.

en la técnica¹². El paciente parece centrar su atención, confianza e interés en los aparatos tecnológicos que le rodean y no en los profesionales que le cuidan¹³, fomentando así un círculo vicioso entre unos y otros, entre profesionales y pacientes.

En una palabra, la causa principal en la que se resumen las demás de la deshumanización de los cuidados, es la crisis humanística en la que nos encontramos, la pérdida de valores en la sociedad. El ambiente sanitario de ahora se ha vuelto más socializado, burocrático y despersonalizado, en el que el paciente es considerado como una enfermedad o un simple número de cama. Es por esta crisis de valores que hay una gran falta de conocimiento de la persona así como una tendencia a la cultura de la muerte. El término "cultura" de la muerte se refiere a “una mentalidad, a una manera de ver al ser humano y al mundo, que fomenta la destrucción de la vida humana más débil e inocente por parte de los más fuertes y poderosos, de los que tienen voz y voto.”¹⁴ Es por eso que cada vez va habiendo una mayor aceptación de prácticas que van en contra del propio ser humano, cosa yuxtapuesta a nuestra profesión pero que paradójicamente se realizan, como es el aborto, la eutanasia o la manipulación de embriones. De aquí que también haya un desconocimiento de la persona, ya que no se valora ni respeta su dignidad, no se le acepta como persona que es y no se le llega a conocer.

Debido a esta pérdida de valores en la que predomina el individualismo, el egocentrismo y la inmediatez, una de las orientaciones que puede adoptar la enfermera en respuesta a estos valores es la de la atención generalizada y el trato impersonal hacia el paciente. Sin embargo, el profesional con valores propios ha de ser capaz de cambiar la situación cuando los sistemas e intereses institucionales no muestren respeto por la dignidad humana¹⁵, anteponiendo los valores que mucha gente ya ha olvidado para atender a todas las necesidades del paciente.

¹² Cepeda Díez José María. Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento. *Index Enferm* [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Mayo 09]; 23(4): 197-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300001>

¹³ Arredondo-González Claudia Patricia, Siles-González José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Mayo 09]; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.

¹⁴ Los nuevos rostros de la cultura de la muerte. [Internet] ACI Prensa [Consulta el 12-05-2016] Disponible en: <https://www.aciprensa.com/vida/cultura2.htm>

¹⁵ Ib. Idem.

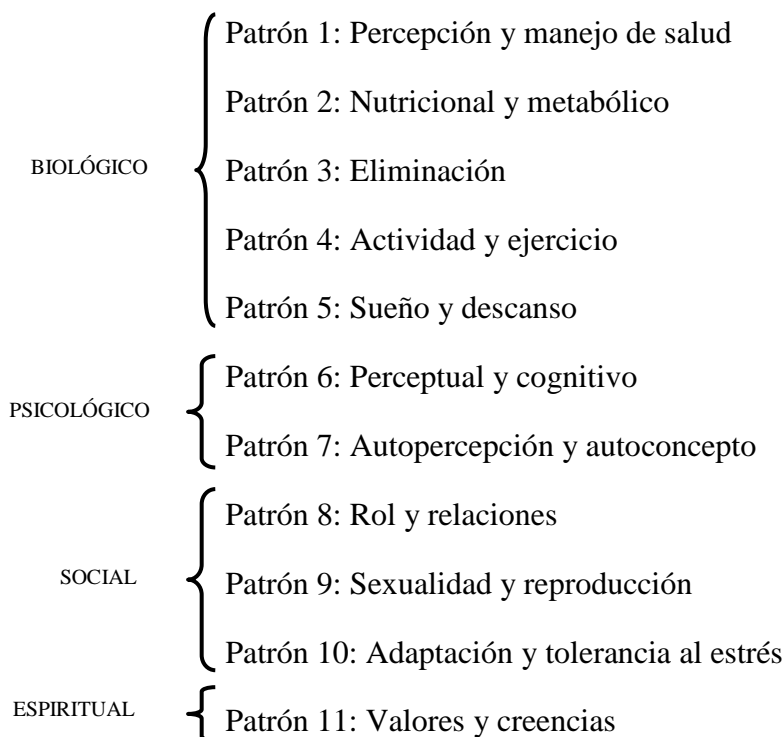
Necesidades de la persona

Una de las principales teóricas de la enfermería, Virginia Henderson, enfermera estadounidense que a pesar de dedicarse principalmente a la asistencia, fue una autora, investigadora y docente que influyó de manera importante en esta disciplina. En su obra “Principios Básicos del Cuidado de Enfermería” identificó 14 necesidades básicas de las personas, las cuales afirma, son comunes a todas las personas y constituyen los elementos esenciales del ser humano para asegurar su bienestar. Estas necesidades son las siguientes¹⁶:

- | | | |
|------------------|---|------------------------------------------------------|
| FISIOLOGICO | { | 1. Respirar normalmente |
| | | 2. Comer y beber de forma adecuada |
| | | 3. Eliminar los deshechos corporales |
| | | 4. Moverse y mantener una postura adecuada |
| | | 5. Dormir y descansar |
| | | 6. Elegir la ropa adecuada |
| | | 7. Mantener la temperatura corporal |
| SEGURIDAD | { | 8. Mantener la higiene corporal |
| | | 9. Evitar los peligros del entorno |
| SOCIAL | { | 10. Comunicarse con los otros |
| PERTENENCIA | { | 11. Vivir según creencias |
| AUTORREALIZACION | { | 12. Trabajar para sentirse realizado |
| | | 13. Participar en diversas formas de entretenimiento |
| | | 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad |

Por otro lado, otra de las grandes teóricas de la enfermería, Marjory Gordon, también estableció una serie de patrones funcionales de actuación muy relevantes para la salud de las personas, familias y comunidades. Estos patrones son:

¹⁶ Observatorio Metodología Enfermera. “Necesidades Básicas Virginia Henderson”. FUDEN [Consulta el 19/04/16] Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424



Aunque de formas diferentes, y de una manera más concreta se puede ver en los patrones funcionales de M. Gordon, ambas enfermeras hacen referencia a necesidades o patrones, respectivamente, que atienden a todas las dimensiones de la persona. Cada una de estas dimensiones manifiesta una serie de necesidades que han de ser detectadas y satisfechas y que como enfermeras estamos obligadas a atender.

El término “necesidad” se define como una exigencia vital que la persona debe satisfacer a fin de conservar su equilibrio físico, psicológico, social y espiritual y asegurar su desarrollo.¹⁷ De estas dimensiones mencionadas, las necesidades más desconocidas son las espirituales¹⁸, ya que existe cierta dificultad para identificarlas y detectarlas, al no ser necesidades visibles. No solo esto, sino que además, son desconocidas por los profesionales ya que se suele confundir el término “espiritualidad” por “religiosidad”. Es por esto que las necesidades espirituales no suelen ser reconocidas y por tanto tampoco son tratadas, y a consecuencia de esto es difícil obtener un resultado óptimo en el bienestar de la persona.

¹⁷ Martín, Ramón; et. al. Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. Madrid. PPC: 2009

¹⁸ Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Feb 09]; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.

Llegados a este punto, aclaramos la diferencia entre dimensión espiritual y dimensión religiosa.

La dimensión espiritual es una dimensión constitutiva del ser humano. Hace referencia a la experiencia interior más profunda de la persona, que la conduce a orientar y dirigir su vida, a crecer y madurar mediante transformaciones internas permanentes de la persona; a dotar de sentido sus acciones; a salir de sí mismo y centrarse en lo que va más allá, es decir, a autotranscenderse; a buscar constantemente la plenitud, la felicidad, el paraíso, la realización plena de su proyecto vital, la autorrealización, el nirvana, Dios, u otros nombres que se refieren a lo mismo^{19,20}. Al igual que las demás dimensiones del ser humano, el hombre puede bloquear la realidad de lo espiritual dentro de sí mismo, de forma que se niega a crecer y madurar y pierde la posibilidad de conocer la profundidad y las posibilidades a las que está llamado. Esto se puede constatar en muchos enfermos, particularmente en aquellos que se encuentran al final de sus vidas. Los que han profundizado en su dimensión espiritual encuentran mucho más apoyo y fuerza para vivir saludablemente su enfermedad.

Los aspectos principales a los que se refiere la dimensión espiritual son²¹:

-Al sentido de la vida: de modo particular a las grandes preguntas y respuestas sobre el sentido de la existencia, el sufrimiento, la felicidad y las decisiones importantes que se toman en la vida.

-A los valores: aquellos que nos motivan a actuar, que nos indican lo que está bien de lo que está mal y que nos llevan a optar por una decisión, conducta, opción u otra. Son los valores los pilares sobre los cuales vivimos, los que valoramos verdaderamente y de los cuales tratamos de hacernos virtuosos con la práctica habitual en nuestra vida.

-Las creencias: todo el ser humano las tiene y está convencido de ellas. Pueden ser de muchos tipos pero principalmente están aquellas que abren a la persona a la

¹⁹ Martín, Ramón; et. al. Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. Madrid. PPC: 2009

²⁰ Col·legi Oficial Infermeres i Infermers Barcelona. [Internet] 2013 [Acceso el 10/05/2016] Disponible en: https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_espiritual

²¹ Martín, Ramón; et. al. Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. Madrid. PPC: 2009

trascendencia divina, y las que tienen una orientación existencialista y humana. Aunque son diferentes, pueden darse en la misma persona, aunque siempre tendrá una un peso mayor. Las creencias tienen su proceso de maduración y elaboración y es de crucial importancia estar atentos en este aspecto ante un enfermo ya que en muchas ocasiones será la clave para ayudarlo a enfrentar mejor su enfermedad.

La dimensión religiosa, por otro lado, es la concreción de la capacidad del ser humano de vivir una experiencia religiosa en una religión concreta. Exige una opción de la persona por un Dios concreto, por una religión determinada, que tiene un cuerpo doctrinal definido y orientado para ofrecer a los creyentes su escala de valores así como las respuestas a los grandes interrogantes de la existencia²². Los rasgos básicos son los siguientes:

-Exige la fe en Dios: un acto libre y voluntario de la persona hacia la existencia de un Ser Superior. Se trata de una experiencia personal y comunitaria que transforma la vida y la orienta de acuerdo con la deidad en la que se cree.

-Comunidad: no hay religión sin comunidad, ya que es en ésta misma en donde se vive la fe. Existe la comunidad vertical (relación persona-deidad) y la comunidad horizontal (relación entre los miembros que comparten esa misma fe). En la comunidad unida por la fe se comparte la doctrina, se convive y se da respuestas a las grandes preguntas de la existencia; se ayuda a profundizar en las creencias y en la fe en la deidad de la comunidad. Es en la comunidad donde también se celebran los ritos y liturgias propias de la religión y donde se forma a los nuevos creyentes.

-Descentramiento: se trata de vivir una experiencia de salir de uno mismo y poner en el centro de la vida a ese Ser Supremo, esa deidad en la que se cree, y así uno se constituye siervo de ese Centro que hay en el creyente. Con el descentramiento el hombre tiene un encuentro con Dios y aprende a salir de su egocentrismo y así a tener una fe en Dios sana y abierta, no solo a Dios si no a las personas que le rodean, fomentando el trabajo en unidad por el bien de la comunidad y de la sociedad entera.

²² Ib. Idem.

-Símbolos: la fe no puede expresarse claramente científicamente ni con lenguaje verbal ni escrito, por eso necesita de los símbolos. Es por esto que en las religiones la liturgia ocupa un lugar muy importante para celebrar la fe y crecer en ella. La liturgia en las religiones está llena de simbología que ayuda al creyente a adentrarse en una realidad diversa y superior.

Esta distinción entre las dos dimensiones es muy importante ya que si se confunde la dimensión espiritual con la religiosa o con simple proselitismo se da un vacío asistencial en cuanto a las necesidades espirituales que no requieren menos que lo que se trata la enfermería en su misma esencia: “aliviar el sufrimiento humano mediante su ser, saber y saber hacer”²³.

Una vez hecha esta aclaración, distinguimos las diferentes necesidades espirituales que existen. Según Wail, las necesidades espirituales de la persona son la necesidad de orden, de libertad, de obediencia, de responsabilidad, de igualdad, de jerarquía, de honor, de castigo, de libertad de opinión, de seguridad, de riesgo, de verdad, de propiedad privada y de propiedad colectiva. Ante estas necesidades, Torralba añade las siguientes: necesidad de sentido, de reconciliación, de sentirse perdonado, de orar, de ritual, de soledad y silencio y de gratuidad.²⁴

Por otro lado, Llinares presenta otra tipología de necesidades espirituales, término que define como “aquella necesidad de comunión con algo más allá del yo, a unirse con algo trascendente, inmaterial o con la naturaleza”²⁵. Concreta que la atención espiritual es parte de la atención integral del enfermo y conceptualiza las siguientes categorías de necesidades espirituales:

1. Necesidad de estima

2. Necesidades religiosas

²³ Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Feb 09] ; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.

²⁴ Ib. Idem.

²⁵ Martín, Ramón; et. al. Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. Madrid. PPC: 2009

3. Necesidades de esperanza (apertura a lo trascendente)
4. Necesidades de valores y sentido
5. Necesidades éticas
6. Necesidades estéticas
7. Necesidades ante la muerte

El sufrimiento

En el momento en que las necesidades espirituales de una persona no se cubren, aparece el sufrimiento. Hay diversas maneras en que las personas pueden manifestar este sufrimiento, como puede ser en forma de ira, tristeza, apatía o desesperanza entre otras.

El sufrimiento es un fenómeno que acompaña la vida del hombre durante todos los tiempos. Tiene varios rostros: puede estar causado por la irresponsabilidad humana, por circunstancias fortuitas e imprevisibles, pero está inscrito en la ley misma de la naturaleza; no se puede crecer sin sufrir.

Según Martínez Lozano²⁶ el sufrimiento es voluntario y lo creamos con nuestra mente, y es el dolor lo que está presente en todo momento, ya que al estar en constante evolución físicamente, el dolor aparecerá con cada cambio pues “para que algo surja, algo debe morir”. Dependiendo de la actitud que adoptemos ante ese dolor, sea de resistencia o de aceptación, aparecerá el sufrimiento o no, respectivamente.

En este punto conviene aclarar una serie de conceptos para entender bien el tema que estamos tratando. Como hemos dicho previamente, el sufrimiento está presente en toda la vida humana, desde que nacemos hasta que morimos. Ahora bien, existen diferentes

²⁶ Alvarez Alvarez, Roberto (et.al). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento en Cuidados Paliativos. SECPAL. Madrid. 2014.

tipos de sufrimiento. Podemos distinguirlo según el lugar o ámbito donde se manifieste, según su procedencia y según sus efectos.

Por su lugar podemos identificar los siguientes ámbitos²⁷:

Por un lado distinguimos el sufrimiento físico, el cual podemos catalogar como dolor, ya que según la definición de la IASP este es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”²⁸, es decir, se refiere en términos físicos de la persona. El sufrimiento físico se presenta en algún dolor del organismo detectado y concreto, o en un defecto físico que se aprecia en la persona.

Otro ámbito sería el psíquico, que puede ir acompañado de alguna manifestación física o no. Es más difícil de detectar que el sufrimiento físico, por lo que dificulta su diagnóstico. Esto produce que el sufrimiento sea mayor aquí que el físico.

Por otro lado, distinguimos el sufrimiento espiritual, en el cual, la persona se siente invadida por él pero no se puede concretar en una dolencia física ni tampoco diagnosticarse como una patología mental, pues va más allá de esta. Se podría identificar en una “angustia existencial” que puede conducir a una desesperación total.

De estos tres ámbitos, el sufrimiento más intenso es el espiritual, ya que incluso del sufrimiento físico y psíquico se puede producir un sufrimiento espiritual que sea más intenso que la propia enfermedad.

Por su procedencia el sufrimiento puede atribuirse a²⁹:

²⁷ Miró López, Susana. Aprender a fuego. El sentido del sufrimiento en la obra de Flannery O'Connor. Universidad francisco de Vitoria. Madrid. 2012.

²⁸ Ibarra Eduardo. Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2006 Mar [citado 2016 Abr 23]; 13(2): 65-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es

²⁹ Miró López, Susana. Aprender a fuego. El sentido del sufrimiento en la obra de Flannery O'Connor. Universidad francisco de Vitoria. Madrid. 2012.

La naturaleza, en forma de catástrofe natural; la sociedad, que puede ser asimismo el agente causal del sufrimiento; uno mismo, en el uso de su libertad puede generar sufrimiento a otro ser humano e incluso a sí mismo; “el destino”/”Dios”, cuando el hombre no encuentra una causa que pueda explicar el porqué de su sufrimiento recurre a aquello que se sitúa en otro plano diferente a él y lo sobrepasa.

El sufrimiento no deja indiferente a la persona, sino que lo marca de una manera determinada. Por estos efectos, podríamos diferenciar el sufrimiento que puede destruir al hombre o por el contrario, fortalecerlo y llegar a salvarlo.

Por lo tanto, es el sufrimiento una experiencia común a toda la humanidad, diferenciándolo del dolor en que este es físico, que nos interpela de diversas formas y nos abstrae, haciendo que nos preguntemos sobre el sentido de la existencia, buscando una respuesta a su porqué para darle un sentido. Es una “experiencia de límite, tanto moral como existencial, mental, religiosa, social o política, que nos recuerda que somos seres limitados, finitos y vulnerables”³⁰. Además el sufrimiento de cada persona viene condicionado por su historia, sus experiencias vitales, sus creencias y sus valores. Es por esto que es necesario individualizar cada caso ya que el sufrimiento depende de las prioridades, preocupaciones, recursos y valores de la persona³¹.

Decía Frankl que “hay pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas-la elección de la **actitud personal** ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino”³². Igual que ante cualquier situación, el sufrimiento se puede afrontar desde diferentes posiciones adoptando distintos tipos de actitudes.

Por un lado tenemos las cinco fases del duelo definidas por Kübler Ross³³:

³⁰ Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Feb 09]; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.

³¹ Ib. Idem

³² Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 2004.

³³ MIAJA ÁVILA, M., MORAL DE LA RUBIA, J.. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología, Norteamérica, 10, may. 2013. Fecha de acceso: 24 abr. 2016. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951/39953>.

-Negación: la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad.

-Ira: reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud.

-Pacto o negociación: forma de afrontar la culpa que se entabla, de forma imaginaria o real, con aquellos hacia los que previamente dirigió la ira (personal sanitario, familiares, amistades, Dios, uno mismo).

-Depresión: sentimiento de profundo vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad.

-Aceptación: reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables ni adoptar posición de derrota, sino asumiendo una actitud responsable de lucha y supervivencia.

Por otro lado Martínez Lozano analiza seis actitudes para vivir el dolor³⁴:

CONSTRUCTIVAS	DESTRUCTIVAS
Acogerse a sí mismo	Rechazo de sí y autoculpabilización
Aceptar lo que nos hace sufrir sin reducirnos	Negación del problema y hundimiento
Dialogo con la persona interior	Lejanía de sí
Desdramatizar	Tendencia a la dramatización
Traducir el malestar en dolor	Huida y funcionamiento imaginario
Desidentificarse por medio de la observación	Autoafirmación del yo

³⁴ Alvarez Alvarez, Roberto (et.al). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de ecaluación y acompañamiento en Cuidados Paliativos. SECPAL. Madrid. 2014.

Las actitudes constructivas las resume en dos: la no-evitación y la no-identificación. Estos términos los acuña en forma de negación para manifestar un talante de humildad, sabiduría y comprensión frente al sufrimiento, en vez de uno de lucha y dominio.

La no-evitación implica la aceptación de lo que está ocurriendo, no de manera resignada ni pasiva, sino con una visión más profunda y sabia de la situación. Conlleva el reconocimiento y la reconciliación con el sufrimiento que se está viviendo. Sin aceptación aparece la resistencia, y con ella la persistencia del sufrimiento.

La no-identificación se refiere a que el que se identifica con lo que le sucede se reduce al mero hecho que le acontece sin ser capaz de ir más allá. La identificación con el sufrimiento anula a la persona ya que esta termina confundida acerca de su propia identidad, pues hace del sufrimiento un todo, en vez de simplemente una circunstancia. Por eso, la no-identificación nace de la comprensión, de saber que todo lo que pueda ocurrir será únicamente un “objeto” dentro de lo que somos. No nos ocurre *a nosotros* sino *dentro de nosotros*.

Por otro lado, en su tesis doctoral sobre el sentido del sufrimiento, S. Miró identifica las siguientes actitudes ante el sufrimiento:

1. Causación: el nivel más bajo en el que la persona es el sujeto que provoca el sufrimiento. Esta actitud tiene consecuencias que van desde la condenación absoluta por el mal causado a la posible salvación de la persona que desde su debilidad es capaz de autotranscenderse.

2. Negación: el hombre se cree autosuficiente ante su situación y niega el sufrimiento en sí. Con esta actitud se remarca la soberbia de aquel que no se cree necesitado ni de los demás ni de un Ser Superior. Con esta actitud solo se consigue el anonadamiento y un vacío existencial profundo que lo único que crea es un sufrimiento aun mayor y desgarrador que la persona sigue negando a no ser que se haga humilde y llegue a reconocer su propio sufrimiento, necesidad y vulnerabilidad ante los demás.

3. Huida: el hombre intenta distraerse de lo que está sucediendo, prefiere no mirar, escapar de su situación. Con esta actitud la persona se refugia en otras acciones que pueden parecer buenas o no y que lo único que hacen es esconder y tratar de tapar ese sufrimiento. La consecuencia es que la persona acaba siendo víctima de su propia huida, llegando a verse indefensos, ignorantes, desvalidos y necesitados. Ante esta situación puede derivarse el fin completo de la persona o la esperanza de que al reconocerse necesitados (aparece de nuevo la humildad) comiencen a aceptar y enfrentarse al sufrimiento.

4. Rendición: ante la evidencia del sufrimiento, la persona se abandona al mismo, hasta el punto que todo su ser queda sumido en ese dolor y se deja aplastar por él; es incapaz de pensar en otra cosa que no sea el sufrimiento que le embarga. Estas personas sienten lástima por sí mismas y quieren que los demás también la sientan, pudiendo llegar a cambiar su carácter y volverse personas manipuladoras, pues se creen en su derecho por el mero hecho de estar sufriendo. Convierten toda su existencia en el propio sufrimiento reduciéndose a él permitiendo así que sea el sufrimiento el que tome las riendas de su vida, provocándoles un dolor intenso, profundo y desbordante que contagia también a los que se acercan. Las personas que toman esta actitud, al sentirse tan sumamente desgraciados, es difícil que puedan coger fuerzas para sobreponerse a tal situación.

5. Resistencia: la persona es capaz de soportar el sufrimiento con una actitud de resignación plena, identificable con un heroísmo estoico. Son personas frías, autosuficientes y distantes que se alejan de la propia realidad que están viviendo. Se resignan sin remedio al sufrimiento que les ha tocado soportar, viviéndolo de manera estoica, es decir, en actitud de resignación y aguante.

6. Dominio: la persona es capaz de sobreponerse al dolor y consigue hacerlo porque encuentra un sentido al sufrimiento. Cuando consiguen sobreponerse a su sufrimiento, estas personas son capaces de autotrascenderse, de evolucionar interiormente y seguir hacia adelante.

7. Transformación: ese sufrimiento que experimenta el hombre no es definitivo, es capaz de vencer el mal con el bien, pues se enfrenta a él con una actitud magnánima y

así es como pueden transformarlo. Si el hombre es mucho más que una parte de su ser, en este caso el sufrimiento, quiere decir que su ser es mayor, que puede alcanzar el bien aunque esté percibiendo un mal. El mal acontece porque el hombre es, porque existe, no al contrario. Por lo tanto el hombre es más que el mal. De ahí su capacidad de anteponerse al mismo. Tiene más bien que mal, por lo que aún puede perfeccionarse aunque una parte se lo impida³⁵. Las personas que adoptan esta actitud son capaces de ver el sufrimiento como un vehículo hacía un bien mayor.

Todas estas actitudes mencionadas que se pueden tener ante la aparición del sufrimiento van a depender de una serie de factores, un conjunto de condiciones previas que pueden influir en generar una actitud u otra ante el sufrimiento.

Por un lado está la educación recibida por cada persona, la cual puede ejercer una influencia a la hora de afrontar el sufrimiento de una manera u otra. Experiencias previas de la persona es otro factor influyente, ya que si la persona ha vivido situaciones de dolor y sufrimiento con anterioridad puede generar una actitud concreta ante el sufrimiento diferente de aquel que no ha pasado por lo mismo.

Por otro lado, la sociedad en la que cada persona viva influye en las actitudes de los hombres frente al sufrimiento, así como la libertad interior, que se refiere a la capacidad de la persona para mantener una “independencia” de todo y ejercitar su opción en virtud de la responsabilidad por la propia vida³⁶.

Por último, un factor que para el personal sanitario es fundamental de reconocer, es el temperamento de las personas. Determinados rasgos propios de la forma de ser de un individuo le podrían llevar a reaccionar ante el sufrimiento en función de un cierto patrón de comportamiento.

Tipos de temperamento

³⁵ Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Feb 09] ; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.

³⁶ Miró López, Susana. Aprender a fuego. El sentido del sufrimiento en la obra de Flannery O'Connor. Universidad francisco de Vitoria. Madrid. 2012.

Dentro de los patrones de conducta frente a situaciones de estrés, se distinguen unos principalmente. No son patrones puros pero sí se puede decir que una persona se acerca más o menos a un determinado modelo. Según el modelo de Eysenck y Grossarth-Maticek vemos los siguientes patrones³⁷:

- Patrón de conducta tipo C: se caracteriza por dependencia conformista e inhibición para establecer intimidad con otras personas u objetos queridos, con deseos de agradar a los demás a cualquier precio. Sentimientos de indefensión, desesperanza y tendencia a reprimir reacciones emocionales abiertas. Predomina la hipoestimulación. No expresan las emociones, especialmente las hostiles (se tragan la rabia). A este tipo de personas se les ha descrito con una mayor predisposición a contraer hipertensión y distintas formas de cáncer.

- Patrón de conducta tipo A: se caracteriza por excitación general, ira, agresividad e irritación crónica, predomina la hiperestimulación, son hiperactivos, competitivos, agresivos, hostiles, ambiciosos, impacientes y dominantes. Se entregan al trabajo de forma adictiva, normalmente emprenden varias tareas a la vez. Estas personas tienen una gran predisposición a la cardiopatía coronaria.

- Tendencia a las reacciones de conversión: alternan características de conducta tipo C y tipo A. Predomina la ambivalencia.

- Patrón de conducta tipo B: saludable y protector de la salud. Se caracteriza por su autonomía propia y ajena. Afrontan las situaciones de estrés de forma apropiada y realista. Son relajados, confiados y tranquilos. Están atentos a la satisfacción personal y tienden a expresar abiertamente sus emociones, incluidas las hostiles, pero de forma que puedan ser escuchados.

- Patrón de conducta racional-antiemocional: suprimen las manifestaciones afectivas. Predisposición a la depresión y al cáncer.

³⁷ Manual CTO de Enfermería. CTO Editorial, S.L. Madrid. 2014

- Patrón de conducta antisocial: predomina la conducta psicopática, lo cual es un factor de predisposición al consumo de drogas.

Temperamentos según Hipócrates

En la medicina antigua, Hipócrates de Cos, reconocido como el padre de la medicina, consideraba la medicina como un arte y se dedicó a estudiarla desde la observación y la experiencia, a diferencia de los otros “médicos” de la época que lo consideraban fruto de la magia o de los dioses. En su estudio, Hipócrates observó los cuatro elementos del Universo: aire, agua, fuego y tierra. Esto le llevó a identificarlo con los cuatro líquidos que conforman el cuerpo humano: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La salud del hombre, según Hipócrates, dependía de la adecuada temperatura y equilibrio de estos elementos. Aunque el estudio de estos elementos lo dedicó principalmente a la medicina propiamente dicha más que a la psicología, se le atribuye la asociación de los humores a las distintas personalidades del hombre. Esta teoría de los humores y los temperamentos tiene de base que los cuatro humores, según su disposición, su equilibrio, su exposición a las diferentes temperaturas en las distintas épocas del año, conforman la naturaleza del hombre, determinan sus posibles enfermedades, y por tanto, el aspecto físico y predisposición de la personalidad. En la siguiente tabla se resumen los resultados de esta teoría³⁸:

Elemento	Cualidades	Humor	Tipo	Estación
Aire	Caliente/Húmedo	Sangre	Sanguineo	Primavera
Fuego	Caliente/Seco	Bilis amarilla	Colérico	Verano
Tierra	Fría/Seca	Bilis negra	Melancólico	Otoño
Agua	Fría/Húmeda	Flema	Flemático	Invierno

³⁸ Cerro, Sandra M^a. Los temperamentos hipocráticos. [Internet] [citado 2016-05-12] Disponible en: <http://www.sandracerro.com/files/Articulos/artic-teorias/Hipocraticos.pdf>

De acuerdo a esta teoría, los temperamentos son los siguientes³⁹:

-El Sanguíneo que se caracteriza por ser activo, alegre, optimista, comunicativo, sociable y rápido.

-El Colérico es dominante, violento y dado a la ira. Es fácilmente excitable, agresivo e impulsivo.

-El Melancólico es dado a la tristeza, con ideas lentas y pesimista. Es vacilante y poco activo; poco sociable y poco expresivo, reservado, desconfiado.

-El Flemático se caracteriza por ser frío, parece incapaz de emociones intensas. Le gusta la vida cómoda y sin cambios.

Temperamentos según R. Lucas Lucas

En avance y desarrollo de la teoría humoral hipocrática de los temperamentos, se han desarrollado ocho temperamentos que R. Lucas explica en su libro, en base a tres características de las personas, la emotividad, actividad y resonancia⁴⁰:

La emotividad se refiere a la intensidad en la respuesta a estímulos. Se dice que alguien es emotivo cuando ante acontecimientos diversos, reacciona de modo vivaz y desproporcionado, dando rienda suelta a su energía física y psíquica. Lo contrario se dice del no-emotivo. La emotividad influye favorablemente en la vida de la persona porque aumenta el interés, agudiza la atención y favorece la cordialidad. Tiene su influjo negativo en cuanto a que acentúa el momento presente, ciega la racionalidad y restringe la objetividad.

Algunas reacciones de una persona emotiva son las siguientes: conmoción exagerada, fuerte en la expresión; susceptible y discudidor; inclinado a protestar y criticar; pasa de

³⁹ Tipos de temperamento. [Internet] 2-02-2012 [consulta el 2016-05-12] Disponible en: <http://alpsicologia-aleluyiitha.blogspot.com.es/2012/01/httpwww.html>

⁴⁰ Lucas Lucas, Ramón. Explicame la persona. Ed. ART. Roma. 2010.

la alegría a la tristeza; con frecuencia impaciente e intolerable; ríe y llora fácilmente; exuberante; imaginación muy viva; cordial, servicial, generoso, solidario, jovial; rico en sentimientos internos; “el corazón tiene razones que la razón no entiende”.

Por el contrario, una persona no-emotiva reaccionaria de otra forma: no se ruboriza ni palidece nunca; habla poco, despacio, no cambia el tono de voz; es insensible a la discusión acalorada; indiferente, no protesta; constante en el humor y sin cambios repentinos; paciencia, resignación; no ríe ni llora; no es imaginativo; es frío e introvertido; pobre en sentimientos internos; y sobrepone la razón a los sentimientos.

La actividad se refiere a la mayor o menor medida de una persona de responder a un estímulo mediante la acción. Los activos son aquellas personas que pueden pasar rápido a la acción, sobre todo cuando esta presenta dificultades. Son de concentración inmediata y tienen facilidad para el cambio de actividad. Los no activos pueden dar apariencia de actividad especialmente si tienen el impulso de la emotividad. Es importante no confundir el ser activo con el ser trabajador; se puede ser no activo y trabajador.

Algunas características de las personas activas son las siguientes: son constantes, emprendedores y a veces imprudentes; se crecen ante las dificultades, pudiendo llegar a ser testarudos; son responsables en sus obligaciones; realizan sus tareas al momento; grandes trabajadores con alto rendimiento; son hábiles, de sentido práctico y objetivos; son personas comúnmente sinceras, optimistas y alegres; buscan el rendimiento duradero y suelen ser individualistas.

Por el contrario lo que caracteriza a las personas no activas es lo siguiente: son personas calmadas, conciliadoras, prudentes e indecisas; se desalientan fácilmente, se atemorizan ante lo difícil; son propensos a relegar las propias obligaciones; tienden a posponer sus compromisos; obtienen pocos resultados útiles en mucho tiempo; carecen de sentido práctico; son dados al pesimismo, impuntuales; prefieren las satisfacciones inmediatas y tienen buena disposición para colaborar.

La resonancia se refiere a la repercusión más o menos prolongada que tienen los acontecimientos en la conciencia de las personas. En este aspecto podemos diferenciar entre primario y secundario. La resonancia es primaria si el efecto de un acontecimiento deja poco impacto en la persona, o más bien, un impacto inmediato pero poco duradero. La resonancia es secundaria si los acontecimientos y las impresiones se mantienen en un tiempo prolongado, pudiendo ser influjo del comportamiento incluso después de mucho tiempo.

Lo que caracteriza a una persona primaria es lo siguiente: son individuos con poca resonancia, de impresiones rápidas y pasajeras; dados a reacciones violentas, breves y superficiales; vive del presente, se renueva con él; no es rencoroso, es reconciliador; se olvida de la ofensa y se reconcilia con facilidad; es voluble, impulsivo e incoherente; es propenso a transgredir normas y compromisos; suele ser impuntual e informal; es alegre, optimista e imprudente.

Una persona secundaria por el otro lado es un individuo con mucha resonancia, con impresiones duraderas y prolongadas. Sus reacciones están bien pensadas y profundas, es calculador; vive del pasado y se enquistaba en él; es rencoroso y obstinado en sus ideas; difícil de reconciliar, le cuesta olvidar las rencillas; es constante, sincero, metódico y coherente; es respetuoso de las normas y compromisos; es puntual y formal en sus compromisos; es dado al pesimismo y al realismo excesivo; es prudente y es ahorrador.

Según estas tres características de la persona, al combinarlas entre sí aparecen los diferentes tipos de temperamento. No hay ningún tipo de temperamento que sea realmente puro, pues siempre hay alguna combinación con otro, pero sí que hay elementos que predominan sobre otros. Esta acentuación de unos elementos sobre otros nos permite su clasificación, siendo la emotividad la línea divisoria. De ahí que surja la siguiente tipificación⁴¹:

⁴¹ Lucas Lucas, Ramón. Explicame la persona. Ed. ART. Roma. 2010.

	EMOTIVO		NO EMOTIVO	
	ACTIVO	NO ACTIVO	ACTIVO	NO ACTIVO
PRIMARIO	Colérico	Nervioso	Sanguíneo	Amorfo
SECUNDARIO	Apasionado	Sentimental	Flemático	Apático

- El Colérico es una persona Emotiva- Activa- Primaria. Su identidad que lo caracteriza es que es activo y dinámico, optimista hacia sus capacidades y hábil para sintonizar con los demás hacia los que es generoso.
- El Apasionado es una persona Emotiva- Activa- Secundaria. Le caracteriza su gran capacidad de trabajo, su constancia, orden y reflexividad.
- El Nervioso es Emotivo- No Activo- Primario. Se caracteriza por ser voluble y esclavo del momento. Al ser no activo, la emotividad predomina y se repliega sobre sí mismo, orientándose hacia el exterior por la primariedad, por eso quiere aparecer y ser visto.
- El Sentimental es Emotivo- No Activo- Secundario. Pertenece a los caracteres “sensibles” como el Nervioso, pero de él se distingue por la secundariedad. Al ser no activo, la emotividad predomina, haciendo que se repliegue sobre sí mismo, y al ser secundario se orienta hacia sí mismo, hacia su mundo interior. Es vulnerable emotivamente, introvertido y se refugia en el pasado.
- El Sanguíneo es No Emotivo- Activo- Primario. Su identidad caracterial es la de ser extrovertido frío. Es de gran sentido práctico y oportunista.
- El Flemático es No Emotivo- Activo- Secundario. Es de un carácter muy rico; apasionado frío; es objetivo, regular, sistemático y organizador.
- El Amorfo es No Emotivo- No Activo- Primario. Estas tres propiedades están bajo la media, lo que hace de este carácter que prime la pasividad y la pereza.
- El Apático es una persona No Emotiva- No Activa- Secundaria cuya identidad caracterial es la de una vida rutinaria e introvertida.

Estos son los ocho temperamentos en los que se pueden clasificar las personas, sin olvidar nunca que, según la combinación de los tres aspectos de la personalidad (emotividad, actividad y resonancia) aunque predomine una tipología, las características

de una persona varían y nunca serán iguales a las de otra persona pues lo que conforma la personalidad es el temperamento innato y el carácter que se va formando a lo largo de la vida, a través de la historia, entorno, momento y circunstancias de cada persona. Por eso aunque nunca nos encontraremos con dos personas iguales en cuanto a personalidad, esta clasificación es útil a la hora de determinar ciertos comportamientos y nos ayuda a conocer mejor a la persona, saber lo que necesita, saber cómo puede reaccionar y por ende, saber cómo tratarla.

Etica del cuidar

Las necesidades tanto espirituales como las físicas, psicológicas y sociales una vez que son detectadas, hay que actuar ante ellas. Para eso y teniendo en cuenta la individualidad de la persona, obraremos de manera diferente en cada situación. Para reaccionar adecuadamente según la circunstancia, hay que saber cómo actuar ante el sufrimiento de los demás. Por ello recalamos la importancia de una buena ética en el cuidar y de una buena comunicación, dos aspectos en los que la primacía está en el conocimiento de la persona.

Consuelo Castrillón, investigadora en la línea del cuidado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía contempla el concepto de cuidado como un arte, según la definición de María Teresa Leopardi del arte como “una manera de expresar los significados”. Es por esto que C. Castrillón expresa que “el arte del cuidar demanda del cuidador una capacidad sensitiva para clarificar y comprender las representaciones, los sentimientos y las actitudes de los enfermos, de las familias y de los colectivos frente a la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte y exige de los profesionales de enfermería un profundo conocimiento del ser humano, una gran capacidad de observación, habilidades y destrezas comunicativas y una práctica ceñida a los conocimientos científicos, a la habilidad técnica, a los principios éticos y a las virtudes –valores morales- como pilares fundamentales de la praxis del cuidado.⁴²”

⁴² Molina Restrepo, M^a Eugenia. La ética en el arte del cuidar. Investigación y Medellín. Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía. [Internet] 2002 Sept. [citado 2016 Mayo 11] 20 (2). Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16735/14512>

La actuación de enfermería va dirigida a cuidar al paciente; el fin de la enfermera es el paciente, la persona. Por eso hay una serie de cuestiones éticas que debe tener en cuenta. Lo primero de todo que el paciente no es una máquina, no es un cuerpo sino que es una persona. Por este mismo hecho de ser persona, un ser único e individual, está revestida de un valor exclusivo que es su dignidad ontológica. Tanto la dignidad de la persona como su derecho a la vida privada han de ser cuidadas y valoradas desde el máximo respeto, así como su cultura y sus valores.

La ética del cuidado consiste en respetar el sufrimiento del paciente y ser sensible a su dolor, brindar protección, tanto al paciente como a sus acompañantes para evitar el aislamiento, la sensación de abandono y si se trata del enfermo, hacerle sentir en menor cuantía su discapacidad⁴³. Para que haya una correcta praxis del cuidado de enfermería, hay que tener en cuenta los dos sujetos principalmente vulnerables: el cuidador y el cuidado; la enfermera y el paciente.

Por un lado está el paciente, sujeto vulnerable en el cuidado, con su enfermedad, su sufrimiento, su debilidad y por tanto el epicentro del cuidado de enfermería, al que hay que atender de forma individualizada respetando su autonomía, su unicidad, sus derechos y sus valores. Por otro lado está el cuidador, la enfermera, como ser potencialmente vulnerable, ya que también es persona que tiene que cuidarse a sí misma para poder dispensar los cuidados y atenciones necesarias a sus pacientes. La enfermera es el sujeto moral que ejerce los cuidados, considerados como actos morales ya que son ejercidos de forma consciente, libre y voluntaria. Ser consciente de todos los factores que influyen en el ejercicio del cuidado de la enfermería y considerar las implicaciones de cuidar bien a un ser humano, es una de las garantías fundamentales de la buena praxis profesional⁴⁴.

Es importante resaltar en la ética del cuidado del ser humano el concepto de persona como un ser social y relacional, de ahí la relevancia también de una buena

⁴³ Lescaille Taquechel Marlina. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2016 Mar 14]; 22(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100008&lng=es.

⁴⁴ Molina Restrepo, M^a Eugenia. La ética en el arte del cuidar. Investigación y Medellín. Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía. [Internet] 2002 Sept. [citado 2016 Mayo 11] 20 (2). Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16735/14512>

comunicación. Se puede decir que las personas son en la medida en que se relacionan con los demás. Por eso, a la hora de realizar los cuidados es primordial el acompañamiento y la comunicación con el paciente. En el ámbito moral, se debe tener la capacidad de estar con el paciente, con sus acompañantes, de proyectarse agradablemente hacia ellos, de darles y mostrarles confianza, de escucharles e interpretarles con el corazón y la mente abierta. La ética del cuidado está orientada a tratar al paciente de una forma integral, humana, en todas sus dimensiones para guiarlo a su bienestar y que pueda comunicarse emocionalmente con su entorno.

Una buena comunicación

La comunicación es algo que ha existido desde siempre, pues el ser humano siempre ha tenido la necesidad de expresarse, ya sea verbal o no verbalmente. De una forma intencionada o no, las personas nos comunicamos ya que estamos en continua relación con los demás y con nuestro entorno. Por ejemplo, aunque en una situación concreta no queramos hablar, con un simple gesto o expresión de la cara podemos darnos a entender: nos estamos comunicando para decir que no queremos hablar.

En la comunicación intervienen una serie de aspectos cada cual más relevante. Por un lado están las palabras, la comunicación verbal, dentro de la cual hay una serie de elementos variables que enriquecen la comunicación, como es el tono de voz, la entonación, la rapidez, etc. Por otro lado está la comunicación no verbal en donde cabe todo gesto, mirada, expresión, movimiento e incluso el mismo silencio. Por eso, otros aspectos que influyen y son imprescindibles para que se dé una buena comunicación son la observación, la empatía y la escucha activa, todo ello basado en un respeto mutuo entre aquellos que se están comunicando.

La comunicación, por tanto, es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, así como solucionar conflictos con los semejantes y con nosotros mismos⁴⁵. En enfermería, es una tarea de lo más relevante ya que con la comunicación y todos los elementos que la integran, ya mencionados

⁴⁵ López Marure, Esther; Vargas León, Roberto. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev Enferm [Internet] 2002 [citado 2016 mayo 12] 10 (2): 93-102. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/COM.ENF.pdf>

anteriormente, nos ayuda a fomentar una relación enfermera paciente basada en el respeto y la confianza a través de la cual podemos detectar más fácilmente las necesidades del paciente y cooperar juntos en el proceso de la enfermedad.

Un aspecto muy importante de la comunicación dentro de la enfermería es el lenguaje, ya que a veces podemos ser más dados a tecnicismos sin tener en cuenta a la persona que tenemos delante. Para que la comunicación sea efectiva, esta debe ser sencilla, clara y concisa, por lo que partimos desde una actitud abierta, empática y de escucha desde el respeto por la otra persona, su cultura, sus conocimientos y sus valores, seleccionando siempre las palabras correctas y adecuadas a cada momento.

Otro punto importante que favorece la buena comunicación y la confianza del paciente hacia la enfermera es la autenticidad y naturalidad, el ser uno mismo el que habla y se da al paciente. La autenticidad o el ser uno mismo se da cuando lo que dice la persona es acorde con lo que piensa y cómo vive, con sus sentimientos y acciones. Es ser sincero, coherente y honrado con uno mismo. Cuando nos comunicamos con los demás, y en este caso con los pacientes, es importante ser uno mismo, ser natural en el trato, pues, como dice Pascal, “cuando nos encontramos con un estilo natural siempre nos sentimos sorprendidos y complacidos, pues pensábamos encontrar a un autor y encontramos a un hombre”⁴⁶. Así el paciente se siente a gusto y cómodo para abrirse a los enfermeros y predisponerse a una relación y comunicación abierta con ellos.

Algunos elementos fundamentales que hay que tener en cuenta a la hora de tener una comunicación efectiva son los siguientes⁴⁷:

- El encuentro: esto es lo primero que se tiene que dar para que realmente surja la comunicación, el diálogo. El encuentro consiste en ser capaz de ver al otro como un don, como una persona única, irrepetible, completa e inacabada, que al entablar una relación, se complementa el uno con el otro. Es buscar, descubrir, conocer, construir y encontrar al otro y a uno mismo, ya que es en y con los demás que nos realizamos y que somos, pues somos cuando nos ponemos en

⁴⁶ Ib. Idem.

⁴⁷ Echeveste, D. Habilidades y Relación de Liderazgo. 2013.

relación con los demás. Desde el encuentro es donde ya se empieza a generar un bien estar que invita a dar lo mejor de sí y de donde surge la confianza mutua. Con el encuentro comenzamos la comunicación efectiva, aquella que permite el mutuo entendimiento.

- La empatía, que desde la presencia plena permite mostrarse respetuoso, seguro y transmitir confianza, siendo capaz de mantener una sana distancia terapéutica. Es la habilidad para meterse en la piel del otro y comprender sus deseos, sentimientos y acciones. Esta comprensión del otro conlleva saber leer y escuchar lo que se pretende en el interior, partiendo de lo observado exteriormente⁴⁸. La sana distancia terapéutica que se mantiene con la empatía es aquella distancia justa y necesaria que permite a uno dar todo de sí sin detrimento propio, para el bienestar inter e intra personal. Es muy importante saber mantener esta sana distancia para evitar mimetizarnos con el paciente (en vez de empatizar con él) y no impedir su autonomía. Gracias a una empatía efectiva se da una mutua donación entre paciente y enfermera.
- Escucha activa, para saber decir y aconsejar. Para una escucha activa efectiva es necesario tomarse tiempo para escuchar, establecer un clima agradable, aceptar al otro tal y como es, evitar distracciones, no anticipar conclusiones y preguntar lo que no se comprenda bien. Una escucha activa efectiva es aquella que nos permite entendernos a pesar de las interferencias que pueda haber.
- La asertividad, una estrategia de comunicación que permite defender los derechos, expresar las opiniones, gustos e intereses de manera libre y clara, sin ofender a otros y sin permitir ser ofendido. Una conducta asertiva permite hablar de uno mismo, aceptar cumplidos, pedir ayuda, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y aprender a decir “no”⁴⁹. Dentro de los estilos de comunicación está el agresivo, el pasivo y el asertivo.
 - El agresivo no tiene en cuenta los sentimientos de los demás. Acusa, pelea, amenaza, agrede e insulta. Presenta la ventaja de que nadie les pisa, pero la desventaja de que nadie les quiere a su lado.
 - El pasivo no defiende sus intereses, no expresan sus sentimientos verdaderos, creen que los demás tienen más derechos que ellos mismos y

⁴⁸ Guardini, R. Una ética para nuestro tiempo, 256.

⁴⁹ Miguel García, Rosa M^a. ¿Qué es la asertividad? Saberpsicología [Internet] [Consulta el 15 mayo 2016] Disponible en: <http://saberpsicologia.com/articulos/habilidades-sociales/que-es-la-asertividad/381>

no expresan desacuerdos. Tiene como ventaja que no suelen recibir rechazo directo por parte de los demás, pero la desventaja de que los demás se pueden aprovechar.

- El asertivo consigue sus objetivos sin dañar a los demás. Se respetan ellos mismos así como a los que les rodean. Actúan y dicen lo que piensan, en el momento y lugar adecuados, con franqueza y sinceridad. Tienen autenticidad en los actos que realizan, están seguros de sus creencias y tienen la capacidad de decidir. Tiene la ventaja de que aumenta la probabilidad de conseguir sus objetivos, incrementa la confianza en uno mismo, paga un mínimo coste emocional y aumenta la probabilidad de seguir manteniendo buenas relaciones. El inconveniente es que en nuestra cultura hay poca tradición de asertividad, y en algunas situaciones es difícil saber qué decir y qué hacer.
- Dentro de la asertividad también encontraríamos la gestión de emociones. Las emociones básicas son la alegría, la tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa y la aversión. La diferencia entre sentimiento y emoción es que el sentimiento es una reacción tranquila, constante, mantenida en el tiempo que no altera el ritmo ni la normalidad fisiológica, mientras que la emoción es un sentimiento intenso que conlleva una conmoción somática que modifica el ritmo y activa la fuerza muscular y las secreciones internas⁵⁰ y dura entre unos segundos y unos minutos. Para poder gestionar las emociones y conseguir el autodomínio, hay que seguir una serie de pasos. En primer lugar, reconocer y poner nombre a tu emoción; controlarla; motivarse uno mismo; reconocer las emociones ajenas y controlar las relaciones.
- El estilo de aprendizaje es un elemento que ayuda a fomentar una buena comunicación, ya que según el estilo de cada uno conviene usar más un tipo de palabras u otras y una manera de comunicarse diferente. Los tres estilos representacionales VAK de Bandler y Grinder son el visual, auditivo y kinestésico.
 - Las personas con un estilo visual piensan en imágenes, hablan rápido, cambian constantemente de tema, tienen una respiración rápida, suelen

⁵⁰ Lucas Lucas, Ramón. Explicame la persona. Ed. ART. Roma. 2010.

poner las manos a la altura de los ojos, los ojos los suelen dirigir hacia arriba y suelen responder con frases del tipo: *se ve, aclarar, brillar, mirar, transparente, de color, etc.*

- Las personas con un estilo auditivo piensan en sonidos secuenciales, no pasan a una idea sin acabar la anterior, las manos las suelen poner a la altura de los oídos, tienen la respiración al compás del habla, un tono de voz regular, los ojos los dirigen hacia los lados y suelen responder con frases de tipo: *suenan, se escucha, soy todo oídos, etc.*
- Las personas con un estilo kinestésico contrastan sus ideas con sensaciones, son lentos en sus respuestas verbales y motoras, tienen un ritmo pausado, respiración lenta y profunda, gesticulan hacia sí, los ojos los mueven hacia abajo-izquierda, y suelen responder con frases del tipo: *se siente, agarrar, se palpa, frío, dulce, etc.*

Dentro de la comunicación es primordial la observación, una observación minuciosa y atenta que trata de analizar y no juzgar el comportamiento del otro, para así saber o percibir como acercarnos a él de la mejor forma posible. De esta manera podemos detectar tanto el temperamento como el estilo comunicativo del paciente y saber si nos debemos dirigir a él de forma más o menos directa, más o menos suave, si hay que establecer una conexión más o menos emocional, etc. Los dos componentes principales de la comunicación son la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

Comunicación verbal

Es aquella que realizamos a través de palabras. Puede ser oral o escrita. Incluye el contenido del discurso, las descripciones, expresión de dudas, sentimientos, preocupaciones, etc. dentro de la comunicación verbal se encuentran los componentes paralingüísticos:

- El volumen de la voz: que el mensaje llegue al oyente potencial.
- La entonación para comunicar sentimientos y emociones.
- La fluidez que permite que el otro se haga una impresión de si somos tímidos, seguros, satisfechos, etc.

- La claridad, importante para que el otro pueda entender sin dificultad.
- La velocidad, pues si se habla lentamente se puede aburrir o impacientar al otro, y si se habla muy rápido, puede no ser entendido.
- El tiempo de habla, es decir, el tiempo que se mantiene hablando una persona.

Comunicación no verbal

Es aquella que realizamos mediante gestos, sonidos, muecas y movimientos. Son los acontecimientos que trascienden la palabra dicha o escrita. La CNV puede repetir, sustituir, contradecir, complementar, acentuar o regular la CV.

Dentro de los componentes no verbales está:

- La proxemia: distancia en el contacto físico. Expresa la naturaleza de la interacción y varía con el contexto.
- El ritmo conversacional, lo que incluye los silencios.
- La mirada, que indica acercamiento o retraimiento.
- La expresión facial, sistema principal para mostrar emociones.
- Los gestos, cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador.
- La postura, la posición del cuerpo y los miembros que refleja las actitudes y sentimientos de uno mismo y su relación con los otros. Denota el grado de implicación de una persona en la situación.
- El movimiento, el desplazamiento, voluntario o no de una parte del cuerpo o de todo el cuerpo. El gesto es al movimiento lo que la palabra al lenguaje.
- La apariencia física, que desempeña un papel importante en la impresión que los demás se forman de un individuo.

Con el lenguaje no verbal y mediante una observación atenta y analítica como mencionábamos previamente, además de poder usarlo para comunicarnos mejor nosotros mismos, es una herramienta para conocer lo que el otro nos está queriendo decir realmente. En el impacto total de un mensaje, se capta el 7% de las palabras (verbal), el 38% del paralenguaje (vocal), y el 55% de la comunicación no verbal (visual); y se recuerda de lo que se dice el 30% y de cómo se dice el 70%. Es decir, que

el lenguaje no verbal tiene una grave importancia dentro de todo el proceso de la comunicación. Asimismo, como también se ha dicho, el lenguaje no verbal, además de complementar o acentuar el lenguaje verbal, puede sustituirlo o contradecirlo, con lo que el mensaje que nos está transmitiendo esa persona ya no es lo que parece. Con las palabras se puede mentir, pero con el cuerpo no. Está comprobado que durante 30 segundos podemos controlarnos, pero una vez pasado ese tiempo, automáticamente sale nuestro yo.

Hay tres aspectos del lenguaje no verbal que recalcamos aquí: la autoridad (moral), la lateralidad y las emociones subyacentes.

Por un lado, la autoridad a la que nos referimos es la moral, implicando en cierto modo la asertividad como herramienta para comunicar lo que queremos decir de forma que el otro nos entienda sin ofendernos y poder así conseguir nuestros objetivos. Cada persona según su personalidad transmite autoridad de una forma diferente. Un aspecto clave a la hora de transmitir autoridad es la mirada. Esto, en el tema que nos movemos de la relación enfermera paciente, es fundamental, ya que sin una mirada sincera, transparente y clara, no vamos a transmitir ni confianza, ni seguridad ni mucho menos autoridad. Las enfermeras, profundizando en el tema de la mirada y la asertividad conseguirán la autoridad necesaria para con sus pacientes, que no una autoridad tirana sino una autoridad moral, con la cual también se ganarán el respeto y la confianza de los pacientes.

Por otro lado, la lateralidad se refiere al hemisferio cerebral que predomina en la comunicación. El hemisferio izquierdo controla el pensamiento de tipo ordenado y lógico mientras que el derecho controla los sentimientos, la imaginación, las experiencias, la fantasía, y el arte. El hemisferio izquierdo controla el lado derecho del cuerpo y el hemisferio izquierdo el lado derecho. Los movimientos en el lenguaje no verbal realizados con el lado derecho se refieren a lo exterior o signo de rechazo, mientras que los que se realizan con el lado izquierdo se refieren al interior o signo de aprecio. Hay que tener en cuenta que esto no siempre significa lo mismo ya que dos gestos hechos en el mismo momento se pueden contraponer y un movimiento con el lado derecho puede significar aprecio en lugar de rechazo. Es bueno adentrarse en este

tema y agudizar la observación en los pacientes concretamente en las manos y en la cara, ya que según los movimientos que realicen nos pueden estar queriendo decir una cosa u otra.

Por último, las emociones subyacentes son las que se esconden bajo las emociones epiyacentes, que son las que observamos a simple vista. Esto es importante también y está relacionado con el punto anterior ya que a primera vista nuestro paciente puede estarnos sonriendo y parece que todo va bien, pero un micro gesto como una leve mueca en la sonrisa hacia el lado izquierdo, o que no suba o se le tensen los pómulos, nos dé a entender que en realidad está sufriendo. La emoción epiyacente sería el intento de alegría y la subyacente el sufrimiento real de esa persona. Es importante aclarar que ante todos los gestos que hagamos tanto enfermeros como pacientes hay que contextualizarlos ya que nunca están aislados.

La comunicación no verbal es una herramienta imprescindible para una buena relación enfermera paciente ya que fomenta el conocimiento de la persona, favorece la confianza y el respeto mutuos y da lugar a un reconocimiento auténtico de la situación que facilita el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad. No es algo con lo que la mayoría de los profesionales sanitarios esté familiarizado, lo que causa que haya muchos malentendidos, falta de información, juicios incorrectos y poca calidad y satisfacción. Es por esto que es necesaria una divulgación de estos conocimientos para que nos ayuden a volver a la esencia de la enfermería y a unos cuidados verdaderamente humanizados.

DESARROLLO DEL TRABAJO

PROPUESTA DE ACTUACIÓN

Teniendo en cuenta la necesidad que se ha observado de una mayor divulgación sobre la existencia, observación y acompañamiento de las necesidades espirituales de las personas, vamos a elaborar un programa de educación para la salud. En él se abordarán estos temas y se proporcionen las herramientas adecuadas y necesarias para poder desarrollar el papel de enfermeras en la relación enfermera-paciente de una manera más eficaz e integral, para fomentar unos cuidados humanizados de calidad.

La población a la que se dirige este curso es a todos los profesionales sanitarios y más concretamente a los/as enfermeros/as. Por ello, la captación se realizará a través del Colegio de Enfermería, con quien contactaremos previamente para comunicarles nuestra propuesta y poder así divulgarlo a través de sus medios para que llegue a todo el personal posible que esté interesado. Asimismo, solicitaremos un lugar disponible donde realizar el curso.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la propuesta del plan de educación es el de concienciar a la población sanitaria de la existencia de las necesidades espirituales de la persona, así como de su detección y su tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

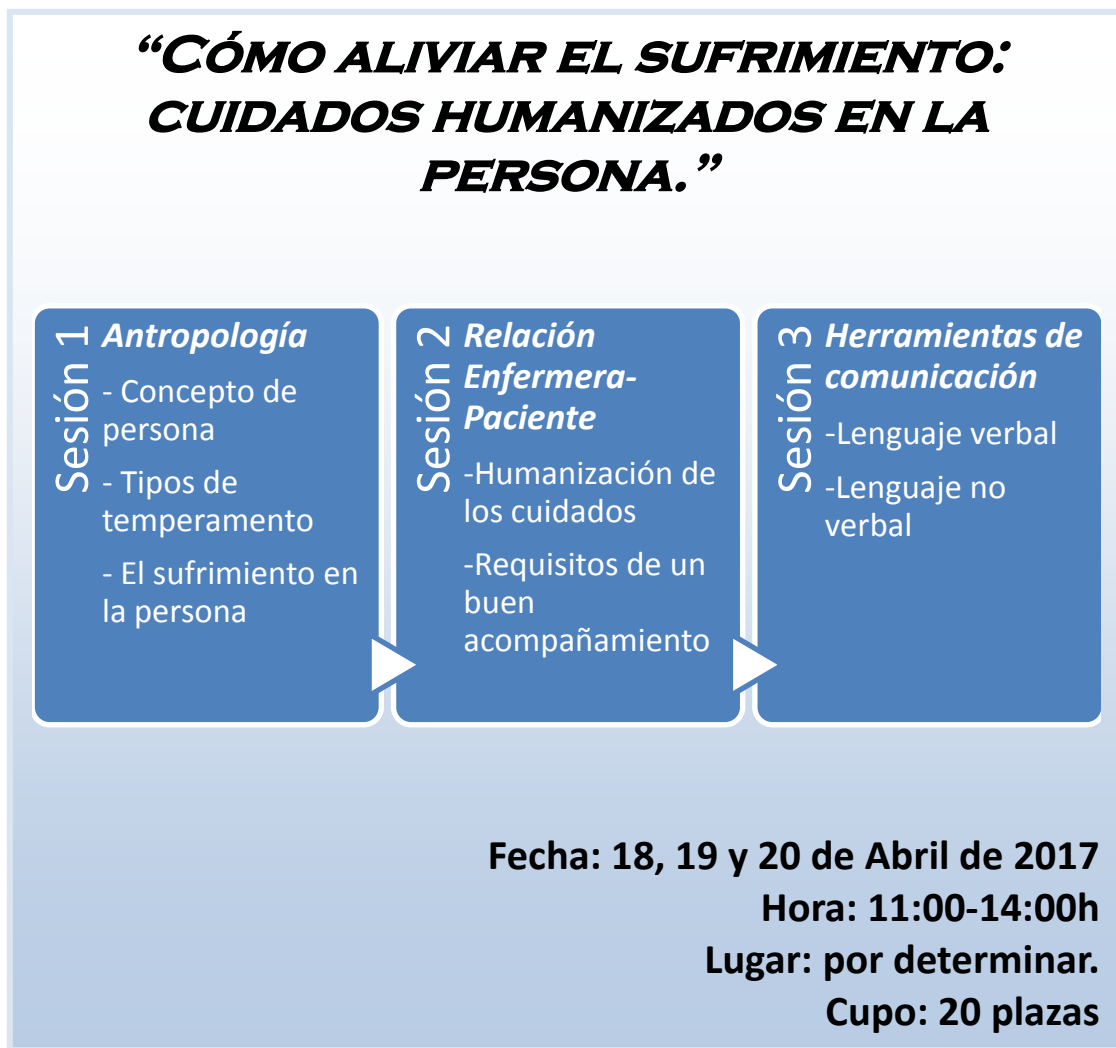
Los objetivos específicos de dicha propuesta son los enumerados en la siguiente tabla:

- ✓ Conocer la población interesada en este tema
- ✓ Determinar los conocimientos previos de la población sobre este tema.
- ✓ Proporcionar los conocimientos antropológicos adecuados a la profesión.
- ✓ Concienciar a los profesionales sobre la esencia de su vocación.

- ✓ Definir y recalcar la importancia y la necesidad de los cuidados humanizados.
- ✓ Explicar la importancia de una buena comunicación con los pacientes y familiares.
- ✓ Explicar las características del lenguaje verbal y no verbal.
- ✓ Proporcionar las herramientas fundamentales y necesarias para una buena comunicación verbal y no verbal.
- ✓ Comprobar la satisfacción e idoneidad de la realización del curso.

CRONOGRAMA

El cronograma del curso se comenzará a avisar con seis meses de antelación para que todo aquel que esté interesado se entere acerca del curso y tenga tiempo suficiente para programarse en función del mismo. El cronograma es el siguiente:



SISTEMA DE EVALUACIÓN

Para evaluar la idoneidad y satisfacción del curso, realizaremos un cuestionario al final del mismo que constará de una serie de afirmaciones a valorar por medio de una escala tipo Likert (ANEXO).

A lo largo del curso, por cada sesión se realizará una evaluación para comprobar lo aprendido y resolver las dudas de los presentes. Por otro lado y para completar la evaluación, se realizará una encuesta al final de la última sesión para evaluar el grado de satisfacción respecto a la organización del curso así como de los conocimientos adquiridos, comprobando que se haya mejorado respecto al nivel inicial. De esta forma determinaremos las debilidades y fortalezas del curso para, en base a ellos, modificarlo y mejorarlo para volver a realizarlo en próximas ocasiones si se viese conveniente y / o necesario.

SESIONES

Sesión 1 Antropología de la Salud

Esta primera sesión consistirá en un acercamiento al concepto de persona enfocado en el ámbito sanitario

➤ **Objetivos educativos:**

- ✓ Conocer las personas interesadas en el curso.
- ✓ Comprobar los conocimientos previos de los participantes.
- ✓ Que entiendan el concepto de persona desde el punto de vista de la antropología.
- ✓ Que entiendan las dimensiones de la persona y las necesidades que surgen en base a ellas.
- ✓ Que comprendan la importancia de la dimensión y necesidades espirituales.
- ✓ Que entiendan los tipos de sufrimiento así como las diferentes actitudes para enfrentarse a él.

➤ Contenido

Se comenzará la sesión dando una introducción antropológica, ya que al tratarse de profesionales sanitarios cuya tarea principal es hacia las personas, lo primero desde donde se debe partir es la persona. Por ello se hablará del concepto de persona como una unidad en dualidad; se explicarán las diferentes dimensiones de la persona y las necesidades que derivan de cada dimensión haciendo un especial hincapié en la dimensión y necesidades espirituales. Se hablará sobre el sufrimiento que surge cuando estas necesidades no se cubren y las diferentes actitudes que se pueden tomar ante él. Se explicarán los diferentes factores que influyen a la hora de enfrentarse al sufrimiento y se recalcará el tema de la personalidad, explicando los diferentes tipos que existen y como se debe actuar con cada persona según su tipo de personalidad.

➤ Técnica

Presentación de todos los participantes.

Se realizarán una serie de preguntas para evaluar los conocimientos previos de cada uno.

Se dará una explicación oral reforzada con una presentación de Power Point.

➤ Duración

De 11:00-14:00 (3h)

➤ Recursos

Una sala con 20 sillas. Un proyector, pantalla y ordenador.

➤ Evaluación

Habrà un periodo de preguntas y discusión para hablar de los temas tratados y resolver las dudas que surjan. Con esto comprobaremos que se han entendido los diferentes conceptos.

Sesión 2 Relación Enfermera-Paciente

En esta sesión se hablará sobre la relación enfermera-paciente basada en los conocimientos tratados en la sesión anterior.

➤ Objetivos educativos

- ✓ Comprobar los conocimientos adquiridos en la sesión anterior.
- ✓ Que comprendan la importancia de la humanización de los cuidados.
- ✓ Que se den cuenta de las actitudes que llevan a una deshumanización de los cuidados.
- ✓ Que asuman la esencia de la vocación enfermera.
- ✓ Que aprendan las características propias de un cuidado humanizado.

➤ Contenido

Se dará una definición de la relación enfermera-paciente, comenzando por hablar de la enfermería en sí, ya que su esencia es el acompañamiento y de ahí es de donde se da dicha relación. Se hablará de los cuidados humanizados explicando en primer lugar lo que son y a continuación se hablará de la situación actual y de la presente deshumanización, explicando las razones de la misma. Se explicará la manera en la que se pueden y deben dar esos cuidados humanizados con los que se fomenta la relación enfermera-paciente y se hablará de las características propias de una buena relación de este tipo, entre las que se encuentran la empatía, la escucha activa y la comunicación.

➤ Técnica

Consistirá en una explicación oral apoyada por una presentación de Power Point.

➤ Tiempo

De 11:00-14:00 (3h)

➤ Recursos

Una sala con 20 sillas. Un proyector, pantalla y ordenador.

➤ Evaluación

Habrà un periodo de tiempo para repasar brevemente lo hablado en la sesi3n anterior y posteriormente para realizar cualquier pregunta que haya surgido con el tema de la sesi3n actual.

Sesi3n 3 Herramientas de comunicaci3n

En esta 3ltima sesi3n aplicaremos lo aprendido en las sesiones anteriores utilizando herramientas de comunicaci3n y lenguaje verbal y no verbal.

➤ Objetivos educativos

- ✓ Que aprendan las diferentes herramientas b3sicas del lenguaje no verbal.
- ✓ Que sepan aplicar dichas herramientas.
- ✓ Que se motiven a seguir aprendiendo y conociendo estas herramientas.
- ✓ Evaluar los conocimientos adquiridos a lo largo del curso, as3 como el grado de satisfacci3n con el mismo.

➤ Contenido

Basados en las explicaciones sobre una buena comunicaci3n, dadas en la sesi3n anterior, aportaremos diferentes herramientas de comunicaci3n y lenguaje verbal y m3s concretamente no verbal aplic3ndolas en diferentes videos y entre los mismos participantes.

➤ T3cnica

Breve explicaci3n de las herramientas de lenguaje no verbal.

Muestra de videos para analizar el lenguaje no verbal.

Grabación entre los participantes para analizar el lenguaje.

➤ Tiempo

De 11:00-14:00 (3h)

➤ Recursos

Una sala con 20 sillas. Un proyector, pantalla y ordenador. Contaremos con un invitado especial para esta sesión, experto en el tema.

➤ Evaluación

A lo largo de la actividad se irá comprobando que comprenden y utilizan adecuadamente las herramientas aprendidas. Se contestará cualquier duda que vaya surgiendo.

Al final de la sesión se entregará el cuestionario de satisfacción del curso.

CONCLUSIONES

En la enfermería que vivimos en estos tiempos se ha ido pasando de la humanización a la deshumanización casi sin darnos cuenta. Es muy difícil volver a esos cuidados humanizados debido a la gran tecnificación de los recursos y al ritmo de la sociedad de hoy en día. Pero al mismo tiempo es de vital importancia el volver a ella. En una sociedad acostumbrada a que todo se resuelva rápido, (si buscas información, Google en seguida responde, las máquinas hacen el trabajo antiguamente costoso, los medios de transporte son más rápidos, para contactar con alguien que viva a 1.000km de distancia, basta con tener Skype, y así mil ejemplos más), la enfermedad es algo de lo que se espera lo mismo: curarse cuanto antes, lo más rápido y mejor. Pero no siempre es así de fácil, ya que cada vez se dan más las enfermedades crónicas, cada vez la esperanza de vida aumenta y con eso las enfermedades de la vejez. La enfermedad es algo que impacta y debilita a la persona, ya que la hace sentirse vulnerable y frágil, y si la persona no cuenta con las herramientas adecuadas para enfrentarse a ella, puede llegar a encontrarse ante un vacío producido por la falta de sentido y de explicación de su situación que le causa un sufrimiento interior, en menor o mayor grado, un sufrimiento espiritual.

Nosotras como enfermeras no vamos a poder dar el sentido al sufrimiento de nuestros pacientes, pues son ellos los que tienen que encontrar ese sentido a su sufrimiento para poder sobreponerse a él y transformarlo. Pero sí que vamos a poder actuar en nuestra esencia, permaneciendo a pie de cama con el paciente durante su proceso de búsqueda de sentido, atendiendo siempre a cualquier necesidad que veamos.

El sufrimiento es como un túnel, hay que pasar por la oscuridad para llegar a la luz, pero aunque se esté en esa oscuridad, siempre queda la esperanza, siempre está la luz al final del túnel. “El sufrimiento es un mal; su función pedagógico-salvífica, en el sentido que sirve a descubrir y realizar otros valores, no lo transforma en un bien. Del mal se pueden obtener ciertamente bienes, pero el mal continúa siendo mal; no se debería hacer nunca y en la medida de lo posible se debería evitar”⁵¹. Dicho esto, cuando el sufrimiento es

⁵¹ Lucas Lucas, Ramón. Explicame la persona. Ed. ART. Roma. 2010.

tal que no se puede evitar, es necesario darle un sentido para poder sobrepasar dicho sufrimiento, y esto depende fundamentalmente de la actitud de la persona. Si el hombre no encuentra el sentido a su sufrimiento, da cabida a la tristeza que pasa a la desesperanza, a la falta de confianza ante el futuro. Ante esto, el hombre cuenta con la capacidad de esperanza, fortaleza y perseverancia, pues es un ser de futuro, de esperanza. Desde el punto de vista fenomenológico, podemos constatar que la esperanza es profundamente humana y todas las actividades de nuestra vida están guiadas por la esperanza, pues la vida misma es mirar adelante, hacia el futuro, y por tanto está cargada de esperanza.

Desde la enfermería hemos de ser capaces de valorar el estado del paciente hasta el punto de ver si ha perdido esta esperanza que por naturaleza le es intrínseca. Cuando una persona está desesperada es porque ha perdido la esperanza, por lo tanto, en algún momento la tuvo; “la desesperación no es posible sin la esperanza-esperante: el que desespera es porque espera”(Alfaro)⁵². Por eso nosotras, mediante la observación atenta del paciente, de sus palabras pero sobretodo de sus gestos, expresiones y mirada, de todo su lenguaje no verbal, de una buena comunicación con él, y en definitiva, de un correcto acompañamiento y una eficaz relación enfermera paciente hemos de velar por que esa esperanza no desaparezca, y en el caso de que lo haya hecho, hacer todo lo posible porque el paciente la vuelva a recuperar.

Nuestra profesión implica conocer a la persona. En la mayoría de las situaciones nos encontramos con tan poco tiempo y espacio que no es fácil y caemos en la estereotipificación, tratando a todos igual, muchas veces fría y distantemente con comentarios y actuaciones estándar que no se adecúan para nada con las necesidades reales de la persona. Con las dificultades que nos encontramos, es necesario volver a una educación en valores, a comprender y respetar a la persona, a conocerla en todas sus dimensiones, a saber detectar y tratar todas sus necesidades, a conectar con nuestra esencia como enfermeras, en la que nuestro fin es el paciente, la persona, a volver a la humanización del cuidado. Con el desarrollo del curso diseñado en este trabajo esto es lo que se pretende: dar unas claves para conocer mejor a la persona en esos breves momentos que disponemos ante ellas y poder detectar sus necesidades y saber cómo

⁵² Lucas Lucas, Ramón. Explicame la persona. Ed. ART. Roma. 2010.

resolverlas para de esta forma proporcionar una atención más completa, integral y humanizada.

REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA

La esencia de la enfermería como ya se ha ido mencionando a lo largo del trabajo se puede resumir en una palabra: acompañar. Y el fin de ella es la persona. No estamos siendo verdaderos enfermeros y enfermeras si nuestras actuaciones no van dirigidas al bienestar completo de la persona, lo que implica intrínsecamente un acompañamiento continuo a pie de cama con el paciente. Nuestra misión no es que el paciente se cure, ni si quiera que no sufra, ya que en ciertas ocasiones, el sufrimiento no se puede evitar ni eliminar, sino que durante ese proceso de enfermedad, en los momentos de soledad, confusión o tristeza, en esos instantes en que el paciente esté experimentando cualquier tipo de sufrimiento vea que ahí estamos nosotras, enfermeras, con él. Cuando la enfermedad es incurable, cuando el sufrimiento es inevitable, cuando la soledad es la única compañía, ahí es donde la enfermera ejerce su labor más destacable y esencial.

Cumplir con esta misión es algo que nace de lo profundo de nuestro ser y que no podemos negar, ya que si lo hacemos nos estaremos negando a nosotras mismas, pues estamos negando nuestra propia esencia. Nuestra profesión, que más que profesión yo lo consideraría un modo de vida, es dedicarse al otro, no solo en el medio hospitalario, sino en cualquier ambiente que nos encontremos. Es por esto que como enfermeras tenemos una gran responsabilidad ante los demás, ante el otro. El otro es quien se nos entrega a nosotros, quien se remite a nuestro cuidado, se deja en nuestras manos. No es cualquier cosa, no es un objeto que si se cae, esperamos que no esté roto y si está roto lo podemos reemplazar, no; es una persona, es una vida lo que está en juego y en quien recaen nuestras acciones y omisiones, toda nuestra entrega o falta de ella recae sobre el paciente, las consecuencias de nuestros actos se ven reflejadas y tienen su fruto en el paciente. La implicación de esto reside en el hecho de que debemos ser responsables y consecuentes de nuestros actos, que despleguemos al máximo nuestras competencias y que pongamos todo nuestro ser, saber y saber hacer por y para el bien del paciente.

Es de obligación moral y humana el respeto por la vida y la dignidad de la persona, pero además es una exigencia de nuestro código deontológico, el cual está hecho con el deseo de que sirva para crear conciencia de los valores fundamentales que como enfermeras manejamos: la salud, la libertad, la dignidad, y en una palabra, la vida

humana, en base a los cuales debemos apoyarnos para las decisiones de carácter ético que tomemos en el ejercicio de nuestra profesión y de nuestra vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alferez Maldonado, Almudena Dolores. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Revista Española de Comunicación en Salud. [Internet]. 2012 [citado 2017 Mayo 12] 3 (2): 147-157. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330>
2. Arredondo-González Claudia Patricia, Siles-González José. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Mayo 09] ; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.
3. Beltrán-Salazar Óscar. Cuando las enfermeras están ausentes. Index Enferm [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Feb 20] ; 19(4): 240-244. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300002&lng=es.
4. Blanca Gutiérrez Joaquín Jesús, Muñoz Segura Rafael, Caraballo Núñez Miguel Ángel, Expósito Casado María del Carmen, Sáez Naranjo Rocío, Fernández Díaz María Elena. La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Index Enferm [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2016 Feb 20] ; 17(2): 106-110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es.
5. Ceballos Vasquez Paula Andrea. FROM THE CONTEXT OF NURSING, ANALYZING THE HUMANIZED CARE. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [citado 2016 Mar 14] ; 16(1): 31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
6. Cepeda Díez José María. Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Mayo 09] ; 23(4): 197-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300001>

7. Cerro, Sandra M^a. Los temperamentos hipocráticos. [Internet] [citado 2016-05-12] Disponible en: <http://www.sandracerro.com/files/Articulos/artic-teorias/Hipocraticos.pdf>
8. Cibanal Juan, Luis; Arce Sanchez, M^a Carmen. ¿Qué aporta la fenomenología a la relación enfermera-paciente? Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades. [Internet] 1997 [citado 14 may. 16] (1): 25-30 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2802085>
9. Collegi Oficial Infermeres i Infermers Barcelona. [Internet] 2013 [Acceso el 10/05/2016] Disponible en: https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_espiritual
10. Cuadrado Tapia, Ricardo. Dignidad del enfermo. Imprenta Nácher S.L. Valencia.
11. Ebrí Torné, Bernardo. Deshumanización de la Medicina; practicar una medicina de tipo integral o medicina de la personalidad como solución. Revista Arbil. [Internet] n^o 125 [citado 2016 Mayo 11] Disponible en: <http://www.arbil.org/arbil125.htm>
12. Gálvez González María, Fernández Luque Concepción, Muñumel Alameda Graciela, Ríos Gallego Francisca, Fernández Vargas Lourdes, Águila Hidalgo Belén del. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. Index Enferm [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Feb 20] ; 20(4): 233-237. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300005>.
13. García Marco María Isabel, López Ibor María Nieves, Vicente Edo María José. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Mar [citado 2016 Feb 20] ; 13(47): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es.
14. Ibarra Eduardo. Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2006 Mar [citado 2016 Abr 23] ; 13(2): 65-72. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es
15. Leite Araujo Maria Alix, Freitag Pagliuca Lorita Marlina. Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2016 Feb 20] ; 14(48-49): 42-45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es.
 16. Lescaille Taquechel Marlina. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2016 Mar 14] ; 22(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100008&lng=es.
 17. López Marure, Esther; Vargas León, Roberto. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Rev Enferm* [Internet] 2002 [citado 2016 mayo 12] 10 (2): 93-102. Disponible en: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/COM.ENF.pdf>
 18. Lucas Lucas, Ramón. *Explicame la persona*. Ed. ART. Roma. 2010.
 19. *Manual CTO de Enfermería*. CTO Editorial, S.L. Madrid. 2014
 20. Martín, Ramón; et. al. *Necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas*. Madrid. PPC: 2009
 21. Mejía Lopera María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2016 Feb 20] ; 15(54): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es.
 22. Miguel García, Rosa M^a. ¿Qué es la asertividad? *Saberpsicología* [Internet] [Consulta el 15 mayo 2016] Disponible en: <http://saberpsicologia.com/articulos/habilidades-sociales/que-es-la-assertividad/381>
 23. Molina Restrepo, M^a Eugenia. *La ética en el arte del cuidar*. Investigación y Medellín. Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía. [Internet] 2002 Sept. [citado 2016 Mayo 11] 20 (2). Disponible en:

- <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16735/14512>
24. Moreno Preciado Manuel. Nuevos enfoques en el cuidado del "otro". *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2016 Feb 20] ; 19(2-3): 167-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200021&lng=es.
 25. Muñoz Devesa Aarón, Morales Moreno Isabel, Bermejo Higuera José Carlos, Galán González Serna José María. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Feb 09] ; 23(3): 153-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.
 26. Naranjo Bermúdez, Isabel Cristina; Ricaurte García, Gloria Patricia. La comunicación con los pacientes. *Invest. Educ. Enferm.* [Internet] 2006. [citado 2016 Mayo 12] 24 (1): 94-98. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000100010
 27. Nieto Molina Carmen. Te hablaré con mis caricias. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2016 Feb 20] ; 21(2): 66-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200004&lng=es.
 28. Quero García, Manuel; Delgado Arcas, Sonia. Humanización en los cuidados y la relación de ayuda. *Enfermería Docente*; 99: 32-34. 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/99pdf/99-032.pdf>
 29. Rocha Oliveira Thalita, Faria Simões Sonia Mara. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en *Travelbee*. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Feb 20] ; 12(30): 76-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005&lng=es.

30. Román Maestre, Begoña. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina Paliativa*. Elsevier. [Internet] 2013 Mar [citado 2016 Mayo 11]; 20 (1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-para-humanizacion-atencion-sanitaria-los-90192504>
31. SALAZAR MAYA ÁNGELA MARÍA, MARTÍNEZ DE ACOSTA CARMEN. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *av.enferm.* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Mar 14] ; 26(2): 107-115. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200012&lng=en.
32. Subiela García José Antonio, Abellón Ruiz Juan, Celdrán Baños Ana Isabel, Manzanares Lázaro José Ángel, Satorres Ramis Bárbara. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Feb 20] ; 13(34): 276-292. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013&lng=es.
33. Tipos de temperamento. [Internet] 2-02-2012 [consulta el 2016-05-12] Disponible en: <http://alpsicologia-aleluyiitha.blogspot.com.es/2012/01/httpwww.html>

ANEXO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Tras finalizar el curso, nos gustaría conocer tu opinión acerca de varios aspectos. Señala tu percepción acerca de ellos, siendo 1 muy poco satisfecho y 5 totalmente satisfecho.

1. CONTENIDO

Los contenidos han satisfecho sus expectativas 1 2 3 4 5

Se ha profundizado adecuadamente en los temas tratados 1 2 3 4 5

La organización del curso ha sido 1 2 3 4 5

2. METODOLOGÍA

Nivel de utilidad de los contenidos impartidos 1 2 3 4 5

El uso de recursos audiovisuales 1 2 3 4 5

El uso de dinámicas/actividades 1 2 3 4 5

La duración del curso ha sido adecuada al programa 1 2 3 4 5

El método se ha adaptado a los contenidos 1 2 3 4 5

La teoría impartida ha sido suficiente 1 2 3 4 5

Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) han sido adecuadas para facilitar el proceso de aprendizaje 1 2 3 4 5

3. PROFESORADO

El docente domina la materia impartida 1 2 3 4 5

Los contenidos se han enseñado con la claridad necesaria 1 2 3 4 5

Motiva y despierta el interés de los asistentes 1 2 3 4 5

Resuelve las dudas que surgen 1 2 3 4 5

4. SU PARTICIPACIÓN

He estado motivado/a durante el curso 1 2 3 4 5

He sido participativo/a 1 2 3 4 5

He asimilado los contenidos impartidos 1 2 3 4 5

Podré aplicar los conocimientos en mi puesto de trabajo 1 2 3 4 5

5. VALORACIÓN Y SUGERENCIAS

En general, el curso te ha parecido 1 2 3 4 5

Ayúdanos a mejorar. Señala aspectos para aumentar la calidad de esta actividad de formación: