



Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería

Clara Valverde

Enfermera/Formadora
Equipo Aquo. Barcelona

I. INTRODUCCIÓN

En enfermería trabajamos con seres humanos y con los temas que eso conlleva: sufrimiento, significados, contradicciones y paradojas.

Pero debido al enfoque economicista del sistema sanitario, a las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería y a la falta de formación de éstos en lo relacional y lo filosófico, en estos momentos tiende a existir una “enfermería centrada en el profesional de enfermería”. Esto está lejos de los conceptos que podrían ayudar a este colectivo a adentrarse en la ambivalencia y la ambigüedad, conceptos que le ayudaría a trabajar mejor con la complejidad humana.

Los modelos de enfermería ahora disponibles son unos mapas limitados por el concepto de los “resultados”, que reducen las experiencias humanas a una lista de objetivos.

En la filosofía podemos encontrar una visión más útil para acercarnos a, como decía Emmanuel Lévinas, “El Otro”¹, y a centrarse en los significados que el paciente da a la experiencia de su enfermedad.

Hay dos teóricas de enfermería que se inspiran en la filosofía para sus propuestas: Patricia Benner y Sally Gadow. Pero sería necesario

mirar a varios filósofos para poder desarrollar un pensamiento amplio con el que hacerse preguntas sobre qué es cuidar. También la filosofía es necesaria para desarrollar una enfermería centrada en el paciente y en sus significados, ya que ahora los significados y las experiencias del paciente tienden a ser dejados de lado por los profesionales.

Con la ayuda de la filosofía, podemos pensar diferente y crear una nueva manera de ver enfermería, que cuestione los valores y las suposiciones existentes².

2. ENFERMERÍA CENTRADA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Enfermería está en una situación un tanto complicada y absurda, en la cual los cuidados están centrados en lo que hacen y en lo que necesitan los profesionales de enfermería y los médicos. La enfermedad, sus interpretaciones y sus significados, están vistos desde el punto de vista de los profesionales y no desde los que viven esa experiencia en sus vidas. A continuación, vemos ejemplos de esta “enfermería centrada en el profesional de enfermería”.

2.1. “El paciente da trabajo”

El enfoque economicista y la falta de formación adecuada sobre el paradigma clínico dan como resultado unos profesionales de



enfermería que juzgan a los pacientes según “den” más o menos “trabajo”³.

“El paciente pasa desapercibido. ¡Muy bien!”, leemos en un historial clínico en un hospital.

“Diagnóstico: hiperfrecuentadora”. Una frase encontrada recientemente en un historial clínico de Atención Primaria.

Las vivencias y las razones por las cuales los pacientes están más callados o acuden más de lo que esperaba el profesional se ven como “mejor” o “peor” para el trabajo de enfermería y no como información importante sobre la posible demanda o el sufrimiento del paciente.

2.2. “El paciente no se porta bien”

La falta de formación sobre los aspectos psicosociales del ser humano y sobre la relación terapéutica también hace que los profesionales tengan cierta confusión y, entonces, creen conflictos con los pacientes sobre sus comportamientos (conflictos que los profesionales aumentan y llevan a situaciones desastrosas que, recientemente, se pueden ver en la prensa). Los comportamientos del paciente son una expresión de su malestar. Es información útil. No son, como creen los profesionales de enfermería, algo a cambiar. No deberían ser una fuente de conflicto por el que enfermería pierda una gran parte de su tiempo.

Un pequeño grupo de enfermeras—investigadoras, que llevó a cabo un ejercicio de observación de enfermería en hospitales, llegó a la conclusión de que los profesionales de enfermería etiquetan a los pacientes por sus comportamientos entre “Malos pacientes” y “Buenos pacientes” y los profesionales observados tenían esto que decir de cada “categoría”⁴:

a. “Mal paciente”

“Hace lo que quiere y lo que le da la gana”.

“Se niega a hacerse la prueba”.

“Si no quiere tomar la medicación, ¿qué hace aquí?”

“Siempre se está quejando”.

“Es un pesado: que se espere”.

“Ha cogido la historia sin permiso”.

“No colabora”.

“Me da mucho trabajo; me quita tiempo”.

“Quiere que estemos, lo necesite o no”.

“El paciente no sigue las maneras indicadas”.

“Llama por tonterías”.

“Si no me hace caso... que luego no se me queje”.

“Es un mal paciente porque no ha hecho bien la dieta”.

b. “Buen paciente”

“Siempre dice que sí”.

“Es un santo”.

“Es simpático”.

“Es muy agradecido”.

“¡Qué bueno es! No llama nunca”.

“No hace preguntas”.

“No hace perder el tiempo”.

“No protesta nunca”.

“Siempre te recibe con una sonrisa”.

“No se queja”.

“Se porta bien”.

“Es colaborador”.

“Este año le vamos a dar el premio de mejor paciente”.

“Siempre hace lo que se le dice sin preguntar”.

2.3. “¿Aquí, quién es la enfermera?”

Enfermera (gritando): “Pero ¿qué hace levantándose de la cama?!?”

Paciente: “¿No me dijo que ya era hora de que me fuera adaptando a mi enfermedad?”

Enfermera: “¡Sí, pero levantarse no es parte de la adaptación!”.

A veces, sin querer, y por falta de formación y supervisión eficaces, los profesionales de enfermería dan mensajes confusos a los pacientes. A veces se quiere que los pacientes sean más activos y otras que no se impliquen en sus cuidados. Otras, se desea que los pacientes sean comunicativos pero no se quiere escuchar sus quejas. Y también se quiere que los pacientes se adapten a su enfermedad, pero no se quiere acompañarles en las fases de desánimo y de desesperación.



2.4. “Lo que usted tiene que hacer...”

Paciente: “Hice lo que me dijo la otra vez; cuando me di cuenta de que me había subido la glucosa comí algo de proteína”.

Enfermera: “No, cuando le sube tanto, usted no tome decisiones. Venga aquí y yo decidiré”.

En los últimos años se está fomentando la idea de que el paciente debería ser “un agente activo en su propia salud”⁵ y ser menos pasivo, como se exigía antes. Pero para que este nuevo enfoque se pueda llevar a cabo, los profesionales necesitan una formación específica y una reflexión sobre lo que implica trabajar con el sufrimiento y saber lo que ese sufrimiento significa para el paciente.

2.5. Vivir “bien”, vivir “mal” la enfermedad

Enfermero: “¿Quién diría que tienen la misma enfermedad! Ése se pasa el día llorando. Lleva su enfermedad fatal. En cambio ese otro la lleva muy bien, siempre tranquilo y de buen humor”.

Los profesionales de enfermería tienden a ver la enfermedad del paciente desde sus propios significados como profesionales. Los significados y vivencias de los pacientes no se ven como lo que son: el centro de la relación terapéutica.

No sólo el paciente se siente relegado a un segundo plano en su propia experiencia, sino que los significados que da el profesional están relacionados con lo que a él o ella le conviene por razones laborales.

3. LOS MODELOS DE ENFERMERÍA EXISTENTES

3.1. Más práctica que praxis

Esta tendencia de la “enfermería centrada en el profesional de enfermería”, ¿podría cambiar con los modelos existentes? Hay una serie de modelos de enfermería disponibles que son muy interesantes, pero el problema es que, aunque son útiles para recordar tareas, no son

realmente ontologías (teorías del ser)⁶. Pueden ayudar al profesional de enfermería a enfocarse en el paciente, pero no son lo más útil para abordar la presentación del sufrimiento humano que “el Otro” evoca en sus múltiples formas⁷.

Estos modelos son mapas para los cuidados, mapas que dibujan la visión del paciente dentro del concepto de los “resultados”⁸.

Esto puede reducir situaciones humanas complejas a intervenciones, como puede ser el lavar a un paciente con todo lo que conlleva en sus significados para el que es lavado. Enfermería, a través de estos modelos, tiende a dar significados a las necesidades del que sufre desde la visión del profesional, dando menos importancia a la interpretación emocional e imaginativa que la que pueda dar el paciente.

3.2. Los Modelos

a. “Necesidades”

El modelo de enfermería más conocido y utilizado en el Estado Español es el de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson. Éste así como los modelos de Orem y el Abdallah, son muy útiles como herramientas para recordar al profesional las tareas en los cuidados, pero no llegan a una visión ontológica del ser humano ni animan a indagar en las ambigüedades. Las necesidades y deficiencias que definen estas autoras no son las que define el paciente, sino unas bastante parecidas al modelo médico en el que se ve al enfermo como un ser incompleto.

b. “Interacción”

En los modelos de Peplau, Orlando y King, el enfoque está en la interacción entre el profesional y el paciente. Esto abre cierta esperanza a poder trabajar con la narrativa del paciente y su verdad. Pero examinándolos más a fondo se deduce que, aunque la idea podría abrir nuevas puertas, en la realidad, estos modelos son conductuales, ya que es el modelo y el profesional de enfermería quienes deciden en qué “fase” está el paciente.



c. “Efectos deseables”

Los modelos de las autoras Callista Roy, Johnson y Neuman están basados en la adaptación, en modificar y cambiar las respuestas del paciente. Una vez más, vemos las limitaciones impuestas por el pensamiento conductual.

d. “Ser unitario”

Esta tendencia, desarrollada por Rogers, Parse y Newman, agrupa una ecléctica variedad de ideas entre las cuales encontramos “la armonía”, “los campos de energía” y otros conceptos que, aunque innovadores, es enfermería quien define estos conceptos y no parten de las creencias del paciente.

e. “Caring”

La palabra “Caring” se utiliza para agrupar a autoras como a Jean Watson, con su modelo de “cuerpo–alma–espíritu” y sus 10 factores bien definidos, y a Madeleine Leininger con su modelo de la diversidad cultural. El modelo de Watson, importante para abrir la posibilidad a temas existenciales, no se adentra en las ambigüedades, tema crucial en la existencia. El de Leininger es importante en la introducción del tema de la diversidad, pero deja más a un lado lo existencial. En este grupo de modelos, el uso de la palabra “caring” en inglés, fuera de los países no–anglófonos, es un poco sorprendente ya que la palabra equivalente, “cuidar”, existe en los otros idiomas.

3.3. Las limitaciones de los modelos de enfermería

Los modelos existentes de enfermería tienen cierta dificultad para adentrarse en la complejidad que surge en la realidad del paciente⁹, ya que explican necesidades e identidades elaboradas por profesionales, pero no representan la totalidad del ser humano y su sufrimiento.

Estos modelos muestran los aspectos incompletos del enfermo (aspectos llamados “necesidades”, “fases”, “falta de voluntad” o “efectos deseables”) pero no su poder. Y una persona enferma o discapacitada es una perso-

na completa, con una narrativa intacta, si las condiciones en la relación terapéutica le dan el espacio generoso y empático para que pueda organizarse de una manera narrativa¹⁰.

Necesitamos cuestionar los modelos existentes. Necesitamos cuestionar la jerarquía de significados que estos modelos imponen, en los cuales la incertidumbre del paciente, la incertidumbre del profesional de enfermería, y toda incertidumbre que está en el centro de la experiencia humana, no se tienen en cuenta, y de esa manera las posibilidades existenciales se pierden.

3.4. Benner y Gadow

Aunque no entran en la misma categoría de “modelos”, los importantes escritos de dos teóricas de enfermería, Patricia Benner y Sally Gadow, nos acercan la filosofía a enfermería.

Patricia Benner, conocida anteriormente como una experta en el tema del aprendizaje en enfermería, ahora trabaja sobre la interpretación hermenéutica y su aplicación en enfermería. Bajo la influencia de Heidegger, Hegel, Merleu–Ponty, Dreyfus y otros filósofos, argumenta la necesidad de desarrollar un proceso interpretativo en enfermería en el que se intente comprender el mundo de las narrativas del paciente¹¹.

Sally Gadow también trabaja bajo la influencia de Heidegger, y apuesta por la necesidad de la interpretación que está abierta a múltiples verdades y a los mundos en los que cada tema del paciente está situado¹². En su idea de una “abogacía existencial” como parte del rol de enfermería, propone que enfermería ayude a los pacientes a determinar lo que significa para ellos estar sanos o estar enfermos. Pero hay autores que ven posibles problemas en la propuesta de Gadow, ya que existe el peligro de que el profesional de enfermería, en su “abogacía”, dé por hecho necesidades del paciente que no son parte de sus verdades y procesos existenciales¹³.



4. LO QUE NOS OFRECE LA FILOSOFÍA

4.1. ¿Qué es enfermería?

Enfermería es el arte de comprometerse a acompañar y a apoyar a seres humanos que sufren, que están intentando llegar a puerto “sanos y salvos” (o por lo menos “salvos”), que están deseando, en su enfermedad, encontrar sentido. El trabajar como profesional de enfermería es participar en la vulnerabilidad del que sufre e intentar aliviarla, ayudando a que el paciente sea el autor de su propia experiencia.

Hay una gran necesidad, en estos momentos, de que el *pensamiento enfermero* reconozca las limitaciones que impone sobre nuestra imaginación la enfermería basada en la “evidencia”, no porque estemos en contra de la ciencia, sino porque en el modelo actual cartesiano de dualidad cuerpo–mente no nos hacemos las grandes preguntas sobre lo qué es ser un ser humano, o sea, la filosofía.

4.2. El “otro”, ese que sufre

El filósofo Emmanuel Lévinas (1906–1995) nos puede inspirar en el trabajo de enfermería con sus escritos sobre “el Otro” y sobre la responsabilidad moral de acompañar al que sufre en su soledad mortal¹⁴.

La importancia de ser testigo del sufrimiento del paciente nos ofrece nuevas maneras de ver y acompañar en nuestra profesión. El estar atento a la verdad de la experiencia del que sufre es la idea central en el trabajo de este filósofo francés, que nos puede ayudar a encontrar satisfacción en el importante trabajo de estar presente para personas que atraviesan momentos difíciles¹⁵.

4.3. Lo “no–representable”

Otro filósofo francés, Jean–François Lyotard, nos lanza una idea útil para nuestra profesión: que el sufrimiento y que los otros grandes temas de la humanidad son cuestiones difíciles de representar. Cuando estamos ante un

paciente terminal, ante alguien que acaba de ser diagnosticado con Alzheimer o, sencillamente, ante alguien que no tiene ganas de vivir, ¿podemos realmente captar estas situaciones con palabras?, ¿pueden, los modelos de enfermería existentes representar estas realidades?

Lyotard explica que lo no–representable es lo que se “excluye” y lo que se “falsifica”. Lo que se excluye es lo que no queremos ver: la desesperación del paciente, la nuestra, los problemas de salud que son producto de las injusticias, etc. Lo que se falsifica podría incluir el minimizar la realidad del paciente (“pues yo le veo mejor”) o el no indagar ni escuchar los significados que el paciente da a su realidad. Los conceptos de Lyotard nos invitan a trabajar con el paciente con más humildad.

4.4. Significados e interpretación

Martin Heidegger (1889–1976) fue uno de los grandes filósofos que trató el tema de los significados y de la interpretación en el lenguaje. El ser humano, escribió Heidegger, es un ser que busca auto–comprensión y auto–interpretación. Busca el sentido de ser un ser humano¹⁶. Y el ser humano, a su vez, no está en el mundo libre de significados. Las ideas de Heidegger, que indagan en el proceso de interpretación, pueden ser de gran utilidad para enfermería ya que en cada encuentro con el paciente se abre la posibilidad al paciente para elaborar sus significados, su identidad, y, para el profesional, es una oportunidad para entender mejor al paciente.

Paul Ricoeur (1913–2005) elaboró importantes ideas sobre la narrativa, los significados y la interpretación. Una de sus ideas es la de la “hermenéutica de la sospecha”, que trata sobre el hecho de que en la narrativa del ser humano se revela algo pero también se esconde algo, algo que, posiblemente, con la presencia empática del profesional, el paciente pueda compartir. Y Ricoeur también pensaba que la narrativa, el lenguaje, ata al ser humano a su cuerpo y al mundo material y que la teoría de la narrativa



abre el camino para una vida con sentido¹⁷. Para enfermería, Ricoeur ofrece ideas útiles: que las tensiones y las ambigüedades en la narrativa del ser humano, que tiene las restricciones de ser un ser-de-cuerpo, nos pueden ayudar a aceptar que el ser humano, el paciente o el profesional, es falible. También Ricoeur escribió sobre un tema muy importante para enfermería: el concepto del tiempo humano en la narrativa. Para enfermería el entender cómo el paciente, al verbalizar su situación, está viviendo la compleja experiencia de integrar el tiempo cosmológico con el fenomenológico es necesario.

4.5. Ser-de-cuerpo

Maurice Merleau-Ponty (1903–1961) es el filósofo que nos ofrece relevantes ideas sobre lo que significa ser un “ser-de-cuerpo” o “tener corporalidad”. Merleau-Ponty decía que no es que tengamos un cuerpo, sino que la experiencia de ser un cuerpo (en este mundo, añadiría Heidegger) hace que vivamos el mundo, o sea todo, a través del éste.

Como vivimos, percibimos y hablamos del mundo, está completamente atado a la condición existencial de ser-de-cuerpo. En enfermería esto es de gran relevancia porque lo que el paciente vive como ser-de-cuerpo (dolor, fatiga, enfermedad, limitaciones) es la base de su lenguaje, de sus significados y de su visión del mundo.

4.6. Y tantos más...

Gilles Deleuze (1925–1995) ofrece ideas para los profesionales de enfermería y para los que están enfermos, sobre la vida y la enfermedad, principalmente, que la lógica de la vida no es una lógica del ser sino del devenir. Y tales esas le pueden llevar al concepto del movimiento (en el pensamiento) para liberarse y llegar a ser un “nómada” (alguien que se libera de lo que le atrapa) dentro de su territorio y no a tener que abandonar su territorio como el “exiliado”.

Jacques Derrida (1930–2004) desarrolló el arte de la “deconstrucción”, que primero plan-

teó Heidegger, en la cual se cuestionan, como si se pelaran capas de una cebolla, los significados contruidos por el lenguaje. Esto es relevante para trabajar con el tema de los significados del paciente.

Hans Georg Gadamer (1900–2002) fue uno de los filósofos que más trabajó sobre el lenguaje en las ciencias humanas. Una de sus propuestas es que la medicina no es una “ciencia” sino un “arte”, y que hay que trabajar con la narrativa y la interpretación en la relación clínica.

Otros filósofos, más específicamente, de la medicina y de la ciencia, tales como Jean-Luc Nancy, Francisco Varela, Hubert L. Dreyfus y otros, pueden inspirar nuevas maneras de pensar en enfermería.

5. ENFERMERÍA CENTRADA EN LOS SIGNIFICADOS DEL PACIENTE

Sin elaborar aquí un modelo completo, que-remos dar unas pinceladas generales para un nuevo enfoque en enfermería basado en nuestra experiencia con pacientes, como docentes y en el estudio de la filosofía.

5.1. Narrativa y significados

La enfermedad no es la interpretación mecanicista de lo que ocurre en el cuerpo. Es una interrupción en la biografía que ha absorbido todos los significados que la persona tenía hasta enfermar. Para dar nuevos significados, contenido y perspectiva a su experiencia de la enfermedad, la persona necesita contar y narrar, lo cual le ayudará a salir de sí misma y a hacer suya la experiencia.

La narrativa es un grupo de metáforas para organizar sensaciones a través de las que cada uno construye su verdad con elementos sub-conscientes de su historia a medio escribir. A medida que el enfermo verbaliza su narrativa (el lenguaje y los códigos de ese país que es la enfermedad), la enfermedad adquirirá un significado más claro para el paciente, y su implicación en la relación clínica podrá ser central.



Pero la construcción de esta narrativa necesita un ayudante, alguien que escuche con habilidad: en este caso, el profesional de enfermería.

5.2. Según los significados del paciente

Si el ser humano actúa según el significado personal y cultural que da a cada cuestión, entonces el profesional de enfermería, para intentar entender lo que hace el paciente (o lo que no hace), necesita conocer los significados que éste da a sus problemas de salud. Para aumentar su eficacia, el profesional de enfermería necesita trabajar con cómo el paciente ve su situación, qué significa para él o ella, cómo ve los tratamientos, etc. Porque lo importante no es qué enfermedad tiene el paciente sino su experiencia de ésta, o sea, no “qué es” sino “qué significa”.

Si hablamos con varios pacientes que tienen, por ejemplo, diabetes, podremos comprobar que ven significados muy diferentes en sus enfermedades, tales como:

- identidad familiar (“es normal, todo el mundo en mi familia acaban teniendo diabetes”),
- un castigo (“es porque no me cuidé”),
- una cuestión de edad (“bueno, a mi edad es normal tener achaques”),
- una gran decepción (“¿cómo me puede ocurrir esto a mí?, ¿qué voy a hacer?”),
- una tragedia (“yo no puedo vivir con esto, esto es lo peor que me ha pasado”),
- un reto a superar (“voy a aprender a cuidarme”)
- una tarea que da sentido a su vida (“me he hecho socio de la asociación de diabéticos y estoy participando en muchas actividades”).

La persona que ve su diabetes como “un castigo” no se va a cuidar de la misma manera que la que lo ve como “un reto a superar”. Ningún significado es “mejor” o “peor” que el otro. Cada persona tiene el suyo o suyos y, a veces, cambian con el tiempo. Lo importante es que el profesional de enfermería conozca cuál es el significado para esa persona en ese momento y

eso le dará información importante sobre el por qué el paciente hace lo que hace.

5.3. Averiguar sus significados

Si el profesional de enfermería conoce mejor lo que la enfermedad significa para el paciente, se ahorrará mucho tiempo que se utilizaría en repetir información e intentar convencer al paciente. Se necesita mucho menos tiempo y es mucho más eficaz hacer algunas preguntas al paciente que nos ayuden a conocerle y a escucharle.

Preguntas para conocer los significados del paciente:

1. ¿Qué cree usted que le ha causado este problema de salud?
2. ¿Cuánto tiempo hace que empezó su problema de salud y por qué cree que empezó entonces?
3. ¿Cómo le afecta su problema de salud?
4. ¿Usted diría que su problema de salud es no muy grave, grave o muy grave?
5. ¿Qué es lo que más teme de tener este problema de salud?
6. ¿Qué tipo de tratamiento cree que necesita?
7. ¿Qué opina del tratamiento que le ha indicado el médico?
8. ¿Qué es lo que espera usted de ese tratamiento?

Al hablar de su realidad y de sus significados, el paciente se convierte en lo que debería ser: el protagonista de la relación terapéutica. El profesional de enfermería, al escuchar con respeto e interés, abandona el protagonismo que ha tendido a tener ahora en la relación de ayuda, y se convierte en un *testigo empático* que legitima y afirma la experiencia del paciente. Cuando el paciente responde a esas preguntas de la enfermera, surgirá la verdad del paciente y, a veces, lo que dice el paciente puede hacer que el profesional de enfermería se sienta incómodo.

Veamos una situación: Una paciente que ha sido diagnosticada por el médico de aplasta-



miento de vértebras debido a una osteoporosis, dice que no está de acuerdo con el diagnóstico, que sus dolores de cuello son debido “al mal de ojo” que le ha echado una vieja de su pueblo.

El ser humano es un producto complejo de su vida, su familia y su cultura.

El profesional de enfermería, ante esa complejidad, necesita manejar su propia incertidumbre con curiosidad y humildad, sin precipitarse a hacer conclusiones y sin insistir que la “verdad científica” es más “verdad” que la del paciente. El trabajar escuchando, con competencia transcultural, con respeto y flexibilidad, puede hacer que una situación frustrante en la relación de ayuda se convierta en un diálogo rico que lleva a ideas y opciones nuevas.

5.4. Beneficio para el paciente

La enfermedad, para el paciente, es una interrupción en la manera en la que él o ella, hasta el momento de enfermar o del diagnóstico, ha visto la vida y la ha definido. La enfermedad lleva al paciente a vivir una serie de nego-

ciaciones cotidianas con la subjetividad, la identidad y el espacio que requieren que alguien le escuche de una manera acogedora para poder empezar el nuevo proceso de adaptación.

El que el paciente pueda hablar de la experiencia de su enfermedad le ayudará en la importante tarea de adaptarse a los cambios que conlleva esa interrupción. Y para esto, necesita alguien que escuche sus significados con una presencia terapéutica y empática como la del profesional de enfermería.

Si nadie le pregunta, el paciente no será consciente de lo que la enfermedad significa para él, ni podrá evolucionar su manera de verla. La adaptación a la enfermedad requiere que el ser humano se defina en cada etapa y pueda tomar control, a través de construir su propia historia en palabras, de lo que ha ocurrido.

Al movernos hacia un modelo de enfermería basado en los significados del paciente, nos adentramos en un desconocido e interesante camino apoyados por la filosofía.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lévinas, Emmanuel, (1987) *Time and the other*. Duquesne University Press.
- 2 Rodgers B.L. (1997) Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. En: *Perspective on Nursing Theory* (ed.L.H.Nicoll), pp.348–356. Lippincott–Raven Publishers, Philadelphia.
- 3 Aula de Relació d’Ajuda. (2006) Notas de los participantes. Escola Universitaria d’Enfermeria Santa Madrona, Barcelona.
- 4 Aula de Relació d’Ajuda. (26–10–2006). Ejercicio “Investigación Antropológica”. Escola Universitaria d’Enfermeria Santa Madrona, Barcelona.
- 5 Participants Bayer–Fetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* 2001; 76:10–5.
- 6 Edwards S. & Liaschenki J. (2003) On the quest for a theory of nursing. *Nursing Philosophy*, 4, 1–3.
- 7 Lyotard J.F. (1988) *The Differend: Phrases in Dispute*. University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota.
- 8 Campbell M. (1988) Accounting for care: a framework for analysing change in Canadian nursing. En: *Political Issues in Nursing: Past, Present and Future*, Vol. (ed. R.White), pp.45–70. John Wiley & Sons, Toronto, Ontario.
- 9 Cameron B.L. (2004) Ethical moments in practice: the nursing ‘how are you?’ revisited. *Nursing Ethics*, 11, 53–62.
- 10 Dufrenne M. (1987) *In the Presence of the Sensuous: Essays in Aesthetics* (eds. M.Roberts & D.Gallagher). Humanities Press, Atlantic Highlands, New Jersey.
- 11 Benner P (1994). *The Tradition and Skill of Interpretative Phenomenology in Studying Health, Illness, and Caring Practices*. (Ed.P.Benner). Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness. Sage, Thousand Oaks, California.
- 12 Gadow S. (2000) I felt an island rising: interpretative inquiry as motet. *Nursing Inquiry*, 7, 2009–214.
- 13 McIntyre M., Anderson B. & McDonald C. (2001) The intersection of relational and cultural narratives. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(3), 47–62.
- 14 Naef, R. (2006). Bearing witness: a moral way of engaging in the nurse–person relationship. *Nursing Philosophy*, Vol 7, Issue 3, pp 146–150.
- 15 Lavoie M, De Koninck T, Blondeau D (2006). The nature of care in light of Emmanuel Levinas. *Nursing Philosophy*, Vol 7, Issue 4, pp 225–230.
- 16 Heidegger, M (1962). *Being and time*. New York: Harper & Row. (El original publicado en 1927).
- 17 Ricoeur P (1991). *Temps et récit*. Paris: Seuil.