

**LA REHUMANITZACIÓ PER LA
PRESÈNCIA INTENCIONAL DE L'ATENCIÓ
GERONTOLÒGICA**

La rehumanització per la presència intencional de l'atenció gerontològica

Jesús Tomás Monge Moreno

Resum

És innegable afirmar que les capacitats humanes i l'envel·liment de les persones estan profundament relacionats. A mesura que l'ésser humà va avançant en anys, es va trobant amb una sèrie de limitacions, impediments i incapacitats (tant físiques com a psíquiques) que li dificulten dur a terme activitats de la vida diària d'una manera òptima, tal com les desenvolupava temps enrere. Davant aquesta nova etapa que se li presenta a la persona gran, la vellesa, el professional sanitari ha de treballar enèrgicament per aconseguir arribar a una relació òptima amb el pacient, buscant superar la simple trobada tècnica i utilitarista, sustentada en la satisfacció de certes necessitats, per una de més intensitat que contribueixi a la rehumanització de la pròpia relació i de la pròpia professió, basant aquesta trobada en el reconeixement de dues persones dotades d'una dignitat ontològica i que estableixen una relació d'amistat i amor satisfactòria per a ambdues. És aquí on es troba l'àmbit de l'anomenada *presència intencional*, concepte que engloba les característiques que ha d'atorgar una relació de tipus sanitari perquè sigui humanament satisfactòria.

Resumen

Es innegable afirmar que las capacidades humanas y el envejecimiento de las personas están profundamente relacionados. Conforme el ser humano va avanzando en años, se va encontrando con una serie de limitaciones, impedimentos e incapacidades (tanto físicas como psíquicas) que le dificultan llevar a cabo actividades de la vida diaria de una manera óptima, tal y como las venía desarrollando tiempo atrás. Ante esta nueva etapa que se le presenta a la persona mayor, la vejez, el profesional sanitario ha de trabajar enérgicamente para conseguir alcanzar una relación óptima con el paciente, buscando superar el simple encuentro técnico y utilitarista, sustentado en la satisfacción de ciertas necesidades, por uno de mayor intensidad que contribuya a la rehumanización de la propia relación y de la propia profesión, basando dicho encuentro en el reconocimiento de dos personas dotadas de una dignidad ontológica y que establecen una relación de amistad y amor satisfactoria para ambas. Es aquí donde se encuentra el ámbito de la denominada *presencia intencional*, concepto que viene a englobar las características que debe atesorar una relación de tipo sanitario para que sea humanamente satisfactoria.

1. Introducció

Amb l'augment cada vegada més notable de la població que arriba a la vellesa, van augmentant els síndromes geriàtrics, les patologies i les complicacions associades a aquesta etapa vital que necessiten l'establiment de nous desafiaments terapèutics, i l'atenció i les cures dels professionals sanitaris per arribar a abordar-les amb èxit.

No obstant això, en tot aquest procés, és possible albirar que, en la gerontologia, la importància de la ciència o la dinàmica assistencial mateixa, entre altres coses, s'anteposa, en molts casos, a una relació adequada i satisfactòria entre el professional sanitari i la persona gran, la qual cosa dona lloc a una penosa deshumanització de l'assistència sanitària. D'aquesta manera, són moltes les veus que, en els últims anys, reclamen una veritable rehumanització (Cañas, 2000; Cañas, 2010; Meza-Galván, Rodríguez-Nava i Gómez-Lamadrid, 2009; Cañas, 2013), per millorar diferents aspectes per afavorir el desenvolupament humà i per modificar qüestions que siguin més adequades al respecte degut a la dignitat humana. En aquest sentit, rehumanitzar l'assistència sanitària consistirà a posar-la a l'altura de la dignitat de la persona, fer que respongui tant com sigui possible a les seves necessitats (García Férrez, 2001) i procurar que ajudi a aquesta realització, o almenys, no la dificulti. Hi pot contribuir la difusió de la presència intencional, ja que aquesta es basa en una forma específica de relació entre el professional assistencial i la persona gran en la qual es distingeix per sobre de tot el reconeixement de la dignitat ontològica dels subjectes implicats.

2. Objectius

Els objectius que es pretenen assolir en el present article són:

- a. En primer lloc, exposar la realitat sobre l'envelliment i la vellesa.
- b. En segon lloc, assenyalar les causes de la deshumanització en la relació entre el professional sanitari i la persona gran.
- c. Finalment, destacar la importància de la presència intencional en la rehumanització de l'atenció gerontològica.

3. Metodologia

Per a la localització dels documents bibliogràfics es van utilitzar diverses fonts documentals. Es va fer una recerca bibliogràfica a PubMed utilitzant i combinant els descriptors: presència, intenció, intencionalitat, presència intencional, rehumanització, envelliment, vellesa, gerontologia. Els registres obtinguts van oscil·lar entre 22 i 5 registres després de la combinació de les diferents paraules clau. També es va fer una recerca a CINAHL, a Web of Science i al cercador Google Acadèmic amb els mateixos termes.

Es van seleccionar els documents que informaven sobre la presència intencional i sobre la rehumanització de l'atenció gerontològica. A més, es van triar els textos que tenien relació amb l'àmbit sanitari.

Aquesta recerca ha estat completada amb els fons bibliogràfics de la Universitat de Navarra.

4. Investigació

L'envelliment humà consisteix en un procés de contínua transformació en el qual qualsevol persona està immersa i els canvis es van fent cada vegada més evidents a mesura que passa el temps. S'inicia amb la concepció, es desenvolupa durant el curs de la vida i acaba amb la mort. Ara bé, és important advertir que plantejar el procés d'envelliment com una afectació exclusivament fisiològica de l'ésser humà és una visió profundament reduccionista del procés, ja que aquests canvis repercuteixen en tots els àmbits de la persona.

En este sentido, el envejecimiento humano se conceptualiza como un proceso que es continuo, variable o heterogéneo, universal e irreversible, que conlleva una disminución progresiva de la capacidad adaptativa; además, se trata de un proceso influenciado por factores genéticos, sociales e históricos del desarrollo humano con afectos y sentimientos que se van construyendo a lo largo del ciclo vital de la persona, influenciados por la conducta y las relaciones. (Alvarado i Salazar, 2014, p. 58)

Dit això, és important ressaltar que les expressions més significatives de l'envelliment humà es donen en l'última etapa vital, és a dir, en la vellesa. I és possible observar-la des de diferents enfocaments (Rodríguez, 2011):

Quan es parla d'un *enfocament biològic*, és possible albirar la disminució de funcions fisiològiques a les quals la persona afectada ha de fer front en aquesta etapa vital, a causa fonamentalment del deteriorament orgànic, sigui per herència genètica o per malalties, caigudes o traumatismes. L'*enfocament demogràfic*, però, fa referència a la diferència que hi ha entre la tercera i la quarta edat i a la relació que hi ha entre l'esperança de vida i la longevitat d'homes i dones. D'altra banda, l'*enfocament socioeconòmic* està associat a les qüestions de la jubilació, la fi del cicle productiu i els ingressos monetaris, que determinen significativament la posició social, la qualitat i l'accés a la salut, el manteniment de l'habitatge i les relacions socials. També, l'*enfocament sociocultural* de la persona gran que es dona a Occident crida l'atenció, ja que es considera com algú que ha perdut el valor moral que es mereix, fonamentalment a causa de la multiplicitat d'estereotips i la concepció biologista que la reconeix com a sinònim de declivi, pèrdua i improductivitat. Quant a l'*enfocament familiar*, és possible albirar dos panorames ben diferenciats: en un, la persona gran tendeix a viure sola a causa de la falta de suport familiar i, en l'altre, la persona gran viu dins el nucli familiar dels seus fills. Sens dubte, les dues situacions comporten una sèrie de conseqüències positives i negatives, depenent de la seva experiència vivencial. Finalment, l'*enfocament psicològic* considera la vellesa com

una etapa en què la capacitat funcional i la pèrdua del rol social o de la participació en la comunitat determinen i caracteritzen la gent gran.

Sens dubte, dels diferents enfocaments que s'han exposat anteriorment es desprèn la susceptible fragilitat de qualsevol persona davant el fet d'experimentar la vellesa. I és que, en l'àmbit sanitari, l'aparició d'una malaltia o el mateix deteriorament funcional i cognitiu característics d'aquesta etapa desencadenen una sèrie d'esdeveniments que impliquen per a la persona afectada haver d'enfrontar-se de manera imposada a l'hospitalització o qualsevol altre recurs assistencial d'acord amb les necessitats que presenti (centre residencial, centre de dia, etc.). Si, per si mateixa, aquesta ja és una decisió costosa i, fins i tot, deshumanitzant, ja que en innumbrables ocasions obliga a anteposar la malaltia a la persona malalta, la trobada amb el professional sanitari serà inevitablement obligada, imposada per aquesta situació de malaltia (Boixareu, 2008; Merino Rodríguez, 2013), d'incapacitat, de vulnerabilitat (Torralba i Roselló, 2002; Cayuela, 2005; Feito, 2007), de deteriorament, de dol (Kübler-Ross, 1969; Worden, 1997; Bowlby, 1997; Gea, 2007; Kübler-Ross i Kessler, 2010). Aquesta trobada es produirà entre dues persones possiblement desconegudes i diferents, i les circumstàncies les obliga a entendre's; una per salvar la vida, per pal·liar la malaltia o afrontar el desenllaç final de la vida i l'altra per exercir el seu treball de manera correcta i, en conseqüència, poder realitzar-se com a professional.

A tot això se li sumen els nombrosos factors (Marchesi, 1986; Arroyo, 2001; Hospital Ibáñez i Guallart Calvo, 2004; Hewa i Hetherington, 2006; McMahon i Christopher, 2011; Bellver, 2011) que impedeixen que es doni amb satisfacció una trobada veritablement humanitzadora i reconfortant amb el pacient, com ara:

- La manca d'aprenentatge i de pràctica en habilitats de comunicació.
- Els valors del progrés científic, l'eficiència i la competitivitat.
- La dinàmica assistencial i l'orientació predominantment biologicista, que situa els aspectes humans de la professió en un segon pla.
- L'hospitalització en un medi totalment desconegut, que comporta incomoditats i que obliga a trencar la rutina habitual. També, la ruptura de les relacions socials i laborals, els factors organitzatius i estructurals, etc.
- La malaltia mateixa.

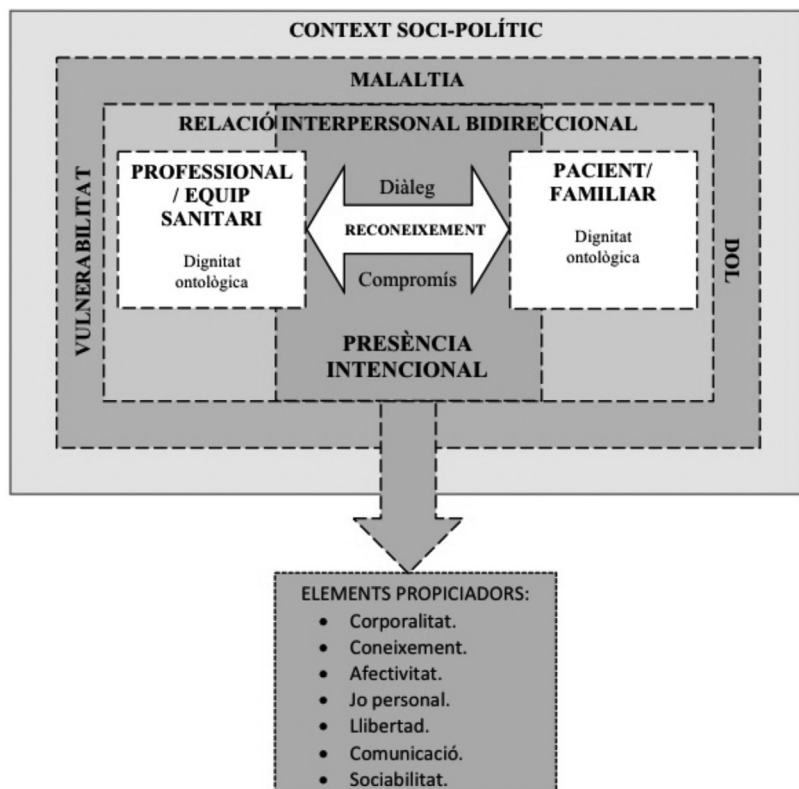
D'acord amb el que hem assenyalat anteriorment, tot fa indicar que l'àmbit sanitari es troba davant d'un panorama desolador, ja que tot apunta que la malaltia, els procediments i intervencions, les cures i les relacions que es donen entre els professionals sanitaris

(o l'equip assistencial en conjunt) i els pacients estan en un greu procés de deshumanització. No obstant això, cal matisar que, encara que a primera vista pugui semblar que totes aquestes qüestions s'han desenvolupat d'acord amb uns paràmetres que no són adients a les facultats i relacions dels éssers humans i que, en un moment determinat, es busqui reconduir aquestes situacions, la realitat és una altra. Si bé cal parlar de rehumanitzar l'assistència sanitària, és important matisar que no es busca «tornar a humanitzar un fet o un procés» (Cañas, 2000), ja que no cal arreglar-ho absolutament tot. Simplement cal incidir en aquells aspectes que poden millorar-se per afavorir el desenvolupament humà; sempre hi ha qüestions que poden canviar-se o modificar-se perquè siguin més adequades al respecte degut a la dignitat humana (Aparisi, 2013). Per això, tal com s'ha indicat anteriorment, rehumanitzar l'assistència sanitària consistirà a posar-la a l'altura de la dignitat de la persona, fer que respongui en la mesura que sigui possible a les seves necessitats (García Férez, 2001) i procurar que ajudi a dur a terme l'assistència, o almenys, no la dificulti.

En aquest context de rehumanització de l'assistència sanitària, és important remarcar el valor i la importància que té dur a terme cuidar (Pellegrino i Thomasma, 1993) òptima i de qualitat. Per aconseguir-ho, és vital assenyalar els quatre sentits necessaris i complementaris que es requereixen. El primer sentit fa referència a la cura com a compassió, és a dir, consisteix a descobrir en el pacient el rostre humà de la persona, deixant-se embriagar per les seves experiències pròpies. Aprofundint en el segon sentit, cuidar és fer per a altres el que ells no poden fer per si mateixos i necessiten o desitgen fer. Fer-se càrrec del problema del pacient seria el tercer sentit. Per acabar, l'últim sentit que adquireix el terme cuidar és el de brindar tots els recursos personals i tècnics, duent a terme amb cura tots els procediments corresponents al servei de la persona.

Dit això, i prenent com a base el que s'assenyala anteriorment, per poder contribuir a la cura centrada en la persona gran i a la rehumanització de l'assistència sanitària, es consideren necessàries l'aplicació i la difusió de la presència intencional (Ferlic, 1968; Doona, Haggerty i Chase, 1997; Doona, Chase i Haggerty, 1999; Chase, 2001; Godkin, 2001; Benner, Spichiger i Wallhagen, 2005; Finfgeld-Connett, 2006; Finfgeld-Connett, 2008). Aquesta es defineix com la trobada que s'estableix entre el professional sanitari i el pacient, la qual es busca que sigui realment humana, que es basi en un tipus de relació basada en l'amistat i l'amor, entès com la convicció profunda, davant el proïsme, que és bo que existeixi, independentment de la seva simpatia, deficiència, patologia, etc. No hi ha cap dubte que, si es considera el valor del pacient com a persona i es busca el seu bé, la relació que s'estableix té una transcendència molt diferent d'aquella focalitzada en la solució d'una patologia, en la satisfacció material d'un client, etc. La plenitud d'aquesta relació es trobarà quan s'estableixi una reciprocitat, és a dir, la trobada de dues persones que busquen el seu bé i, al mateix temps, el de l'altra. Aquesta reciprocitat, per ser plasmada, requereix una implicació i comunicació efectiva.

Figura 1 | *Model de relació entre professional sanitari i equip sanitari, i pacient i familiar basat en el concepte de presència intencional.*



5. Discussió

5.1. Sobre l'envelliment i la vellesa

L'envelliment humà consisteix en un procés de contínua transformació en el qual qualsevol persona està immersa i els canvis es van fent cada vegada més evidents a mesura que passa el temps.

És important ressaltar que les expressions més significatives de l'envelliment humà es donen en l'última etapa vital, és a dir, en la vellesa. I és possible observar-la des de diferents enfocaments, que són el biològic, el demogràfic, el socioeconòmic, el sociocultural, el familiar i el psicològic. D'aquests es desprèn la susceptible fragilitat de qualsevol persona davant el fet d'experimentar la vellesa.

El anciano llega a experimentar cual es el contexto de su vida. En este sentido, se da cuenta de que las distintas aptitudes, los resultados, los beneficios y las renunciadas, las alegrías y las necesidades se convierten en algo importante y constituyen una maravillosa estructura a la que llaman *existencia humana*. (Guardini, 1986, p. 95)

També és possible observar que gairebé totes les discussions i debats que hi ha al voltant d'aquesta etapa solen basar-se en la càrrega financera i psicològica que suposa per a la societat l'envelliment de la població, però és poc habitual encaminar aquests debats cap al significat que la vellesa inclou en si mateixa.

Per tot el que s'ha assenyalat anteriorment, es considera que envellir satisfactòriament no només depèn de l'individu (de l'acceptació de la vellesa i de l'enteniment del seu significat) sinó també de la societat i de la seva actitud cap a la vellesa. La societat ha d'atorgar a la gent gran l'oportunitat d'envellir correctament. I és que, si només es parla amb preocupació i retret de la futura vellesa de la societat, la gent gran trobarà difícil acceptar aquesta etapa i trobar-hi el significat a l'interior. Per tant, és fonamental redescobrir el valor i el sentit de la vellesa.

5.2. Sobre la presència intencional en l'atenció gerontològica

La presència intencional es defineix com un procés interpersonal de caràcter bidireccional basat en el reconeixement de dues persones dotades d'una dignitat ontològica i sustentada en una relació d'amor satisfactòria per a ambdues. Aquesta forma de relació es caracteritza pel compromís i el diàleg. Aquesta definició, en sentit sanitari, expressa una forma de relació que es dona entre el professional sanitari i la persona gran en la qual es reconeixen mútuament en dignitat i busquen aconseguir conjuntament el bé propi i l'aliè.

Un cop definida la presència intencional, és important advertir que hi ha certes variables que poden condicionar-la, és a dir, l'edat, el sexe, la cultura, l'espiritualitat, els factors ambientals i l'existència o no d'una relació professional prèvia entre tots dos.

Pel que fa a la diferenciació sexual, cal assenyalar que l'home i la dona tenen una manera pròpia de ser, de manifestar-se, de comunicar-se amb els altres i això pot influir en la manera com es dona la presència intencional. Tots dos, home i dona, posseeixen la mateixa naturalesa humana, però la tenen i la realitzen de maneres diferents i complementàries, sense que això afecti en absolut la igualtat radical de dignitat, drets i deures.

També cal incidir en la qüestió cultural de la persona. És important assenyalar que l'educació rebuda, el clima cultural en què es viu, la varietat d'aficions o interessos personals, com la lectura, l'esport, l'art, la música, la natura, etc., a més del cúmul de records i èxits que

contribueixen a gratificar, asserenar o estimular la pròpia vida, poden condicionar una afinitat més o menys gran en la relació professional sanitari-pacient.

Un altre aspecte fonamental és l'espiritualitat. Si la persona gran o el professional sanitari no se senten respectats en les seves creences és impossible que puguin arribar a ser ells mateixos i a manifestar-se com són realment. I respectar no vol dir que aquesta creença hagi de ser assumida per l'altra part; vol dir donar-li un valor i comprendre el profund significat que té per a aquesta persona.

A més, cal tenir en compte els anomenats factors ambientals, que són les condicions de treball, la filosofia de gestió i l'espai físic, que poden afavorir o entorpir la relació professional sanitari-pacient. L'ús de la tecnologia també hi pot influir significativament.

Finalment, és important ressaltar que és la persona gran, amb les seves expectatives i les seves necessitats, la que sol·licita cures i la que reclama més o menys implicació durant la trobada amb el professional sanitari, ja sigui acompanyant-la en silenci, donant-li una abraçada o ajudant-la a resoldre dubtes, inquietuds i pors. Perquè això es doni hi ha d'haver sinceritat, confiança, reciprocitat, bona relació entre tots dos i el professional sanitari ha de saber entreveure l'estat de vulnerabilitat en què la persona gran es troba. Cal advertir que, si el pacient no està disposat a acceptar que el professional sanitari l'acompanyi en el seu procés de malaltia, serà impossible que es dugui a terme la presència intencional.

5.3. Sobre la rehumanització de l'assistència sanitària

Rehumanitzar l'assistència sanitària consisteix a posar-la a l'altura de la dignitat de la persona, fer que respongui tant com sigui possible a les seves necessitats i procurar que hi ajudi, o almenys, no la dificulti.

Convé recordar que la tasca dels professionals sanitaris no només consisteix en l'aplicació de tècniques i protocols clínics; aquests també han de tenir una competència relacional adequada per poder oferir tot un seguit d'habilitats i tècniques humanes que facilitin la relació amb la persona gran. Així, han de buscar l'excel·lència en les cures i en l'atenció en el procés de salut-malaltia.

Si bé la cura centrada en la persona gran és una de les raons de ser de les professions sanitàries, sens dubte, amb la presència intencional es potencia de forma inqüestionable aquesta forma de relació recíproca i digna que contribueix a la rehumanització de l'assistència sanitària .

Dit això, cal assenyalar que la majoria dels professionals sanitaris són capaços de treure el millor de si mateixos i anteposar-se a les adversitats que van presentant-se en el seu dia a

dia en el desenvolupament de la seva professió, preocupant-se, no només pel problema específic de salut, sinó també per la persona que viu aquest procés de malaltia i per les persones que l'acompanyen, que són familiars i amics. No obstant això, hauríem de recordar que en la rehumanització de l'assistència sanitària tenen una responsabilitat molt important o, almenys, estan cridats a exercir-la.

5.4. Sobre la importància de la família

El paper de la família (Kingsley, 1974; Gea, 2007; Cabodevilla, 2014) en la cura de la persona gran adquireix una importància significativa. Quan té lloc una malaltia, una caiguda o un trauma, no només es veu perjudicat el pacient, també d'una manera o altra es veuen afectats tots i cadascun dels membres de la família. I és que la situació generada per algun d'aquests esdeveniments comporta una sèrie de crisis consecutives (Cabodevilla, 2014; Centeno, 2009) que posen a prova de forma contínua les capacitats d'adaptació familiar.

La perturbación que se produce en el sistema familiar cuando se experimenta un cambio en alguno de sus miembros obliga al resto de ellos a establecer las adaptaciones o reajustes necesarios que permitan de nuevo el buen funcionamiento. En ocasiones, a raíz de estos cambios, pueden aparecer conflictos familiares en relación con el comportamiento, las decisiones y las actitudes de unos u otros hacia la persona enferma o por la forma en que se proporcionan los cuidados. A veces, el malestar con otros miembros de la familia es debido a los sentimientos del cuidador o cuidadora principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza. (Fernández-Abascal, 1999, p. 54)

Davant d'aquesta nova realitat que es presenta, alguns dels familiars (sobretot els que assumeixen el rol de cuidador principal), en dur a terme la tasca de cura i acompanyament, poden experimentar situacions estressants i de sobrecàrrega com a conseqüència de descuidar les seves pròpies necessitats, i fins i tot poden arribar a experimentar desajustos físics i emocionals.

Pel que fa a aquesta qüestió, la presència intencional pot contribuir a millorar les relacions interpersonals per poder, en primer lloc, valorar la resposta de la persona gran i de la família a la situació que estan vivint i atendre les necessitats que precisin. Al seu torn, per mitjà d'aquesta, és possible analitzar el suport físic i emocional que estan proporcionant les persones significatives de l'entorn del pacient, i treballar amb aquells familiars que no saben afrontar o manejar la situació de manera adequada. Finalment, a través de la presència intencional es poden avaluar els elements afegits d'estrès (per exemple, malalties d'altres membres de la família, dificultats econòmiques, etc.) i intentar buscar solucions mitjançant la cooperació i el suport de l'equip assistencial. En aquest cas, el psicòleg tractarà de reconduir la situació d'estrès emocional buscant objectius concrets,

el treballador social ajudarà a buscar recursos (humans, econòmics, etc.) per al maneig d'aquesta situació, etc.

6. Conclusions

De la revisió bibliogràfica sobre l'envelliment i la vellesa es desprèn que hi ha una bibliografia extensa. No obstant això, la bibliografia relacionada amb la trobada que es produeix en l'àmbit hospitalari i sociosanitari entre el professional assistencial i la persona gran és escassa, i més quan es busca una forma de relació tan específica com és la presència intencional. Per tant, convindria reflexionar i aprofundir en les formes de relació que contribueixin a una rehumanització de l'assistència sanitària, com es tracta de fer amb aquest concepte.

Envellir satisfactòriament no només depèn de l'individu (de l'acceptació de la vellesa i de l'enteniment del seu significat) sinó també de la societat i de la seva actitud cap a la vellesa. La societat ha d'atorgar a la gent gran l'oportunitat d'envellir correctament. I és que, si només es parla amb preocupació i retret de la futura vellesa de la societat, la gent gran trobarà difícil acceptar aquesta etapa i trobar-hi el significat a l'interior. Per tant, és fonamental redescobrir el valor i el sentit de la vellesa.

Les persones grans tenen inquietuds, pors, malalties, patiments, demències, tristeses, etc. Però també, estan carregades de vida, de saviesa i d'experiència, i tenen alegries, motivacions, ganes de lluitar, d'aprendre, etc. Per tant, cal esmentar que aquestes també són persones i que, com a tals, tenen dignitat.

Convé recordar que la tasca dels professionals sanitaris no només consisteix en l'aplicació de tècniques i protocols clínics; aquests també han de tenir una adequada competència relacional per poder oferir tot un seguit d'habilitats i tècniques humanes que facilitin la relació amb la persona gran, buscant així l'excel·lència en les cures i en l'atenció en el procés de salut-malaltia.

La presència intencional es defineix com un procés interpersonal que es caracteritza pel diàleg, el compromís, la plena participació, l'obertura, l'atenció fluida i la unitat transcendent entre dues persones que es reconeixen, dotades d'una dignitat ontològica, i que sustenten el seu vincle en una relació d'amor satisfactòria per a ambdues. En aquest sentit, la presència intencional és l'única que pot satisfer una veritable rehumanització de l'assistència sanitària.

La presència intencional no pot donar-se per mitjà d'imposicions d'un subjecte sobre un altre. Ha de ser acceptada lliurement per aquells que estan implicats en la relació sanitària.

És fonamental prestar molta atenció a la família. Sens dubte, són ells els que detecten qualsevol anomalia i malaltia, els que conviuen diàriament amb el pacient i els que presten les atencions necessàries. Són el suport fonamental sobre el qual es dona suport a la persona gran. Al seu torn, el cuidador principal té una tasca importantíssima, ja que sobre ell recau el gruix de la situació. Per això, és molt important que les diferents àrees assistencials (metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials, etc.) donin suport i ajudin a la tasca de la cura de la persona gran i, així, s'evitin sobrecàrregues i situacions estressants en el dia a dia de la família i sobretot del cuidador principal.

També cal que els professionals sanitaris rebin formació i duguin a terme activitats referides a l'àmbit relacional i humà de la professió, és a dir, que es formin en estudis humanístics, habilitats de comunicació, psicologia aplicada, etc. I, així, poder construir el complex procés pel qual posen en pràctica la presència intencional.

Referències bibliogràfiques

Alvarado, G. A. i Salazar, M. A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Barcelona: *Gerokomos*, 25(2): 57-62.

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

Arroyo, M. (2001). Calidad y humanización de los cuidados. Valencia: *Metas de Enfermería*, 39: 26-31.

Bellver, V. (2011). Bioética y cuidados de enfermería. Alicante: CECOVA.

Benner, P., Spichiger, E. i Wallhagen, M. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4): 303-309.

Boixareu, R. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.

Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.

Cabodevilla, I. (2014). *Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cañas, J. L. (2000). *La idea de rehumanización, clave existencial para la filosofía de la historia futura*. Madrid: Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 17: 167-194.

Cañas, J. L. (2010). De la deshumanización a la rehumanización. *Pensamiento y Cultura*, 13(1): 67-79.

Cañas, J. L. (2013). Persona y rehumanización. Bases para una bioética personalista de las adicciones. Bioética y cuidados de enfermería. CECOVA.

Cayuela, A. (2005). *Vulnerables. Pensar la fragilidad humana*. Madrid: Encuentro.

Centeno, C. (2009). *Manual de medicina paliativa*. Pamplona: EUNSA.

Chase, S. (2001). Response to "The concept of nursing presence: State of the science". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 15(4): 323-327.

- Guardini, R. (1986). *Die Lebensalter*. Alemania: Topos Taschenbücher.
- Doona, M., Chase, S. i Haggerty, L. (1999). Nursing presence: As real as a milky way bar. *Journal of Holistic Nursing*, 17(1): 54-70.
- Doona, M., Haggerty, L. i Chase, S. (1997). Nursing presence: An existential exploration of the concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(1): 3-16.
- Feito, L. (2007). *Vulnerabilidad*. Navarra: Anales del Sistema Sanitario, 30: 7-22.
- Ferlic, A. (1968). Existential approach in nursing. *Nursing Outlook*, 16(10): 30-33.
- Fernández-Abascal, E. G. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Finfgeld-Connett, D. (2006). Meta-synthesis of presence in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6): 708-714.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(3): 111-119.
- García Férez, J. (2001). *Diez palabras clave en humanizar la salud*. Estella: Verbo Divino.
- Gea, A. (2007). *Acompañando en la pérdida*. Madrid: San Pablo.
- Godkin, J. (2001). Healing presence. *Journal of Holistic Nursing*, 19(1): 5-21.
- Hewa, S., Hetherington, R. W. (2006). Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. *Journal of Medical Ethics*, 16(4): 179-184.
- Hospital Ibáñez, M., Guallart Calvo, R. (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería*, 46(13): 49-53.
- Kingsley, D. (1974). *La sociedad humana*. Buenos Aires: Universitaria.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. i Kessler, D. (2010). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Marchesi, P. L. (1986). *Por un hospital más humano*. Madrid: Paulinas.
- McMahon, M. A., Christopher, K. A. (2011). Toward a mid-range theory of nursing presence.

Nursing Forum, 46(2): 71-82.

Mendes, I., Trevizan, M. A., Ferraz, C. A. i Favero, N. (2002). The re-humanization of the executive nurse's job: a focus on the spiritual dimension. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10(3): 401-407.

Merino Rodríguez, S. (2013). *Diseñados por la enfermedad*. Madrid: Síntesis.

Meza-Galván, M. A., Rodríguez-Nava, V. F. i Gómez-Lamadrid, O. (2009). Humanismo en enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2): 109-111.

Pellegrino, E. i Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practise*. New York: Oxford University Press.

Reyes, T. i Castillo, H. J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 30(3): 454-459.

Rodríguez, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Editorial Universidad de Rosario.

Torralba i Roselló, F. (2002). *Ética del cuidar*. Madrid: Mapfre.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Autor

JESÚS TOMÁS MONGE MORENO

Eivissa (1989). És doctor en Infermeria per la Universitat de Navarra i màster en Bioètica per la Universitat de Navarra. Desenvolupa la seva tasca assistencial com a infermer a l'Hospital Residència Assistida Cas Serres, a Eivissa. La compagina amb la docència i la investigació. En l'actualitat, és director del Màster Universitari en Bioètica de la Universitat Internacional de València. Recentment, ha publicat el seu últim llibre titulat *La presencia intencional en la asistencia sanitaria*. Entre els seus articles, cal destacar «La presencia intencional en enfermería: una perspectiva desde la bioética», «La importancia de la presencia intencional en la rehumanización de la asistencia sanitaria» i «La contribución de la presencia intencional en la rehumanización de la enfermería».