



La superación experiencial de la crisis en la Enfermería:

UNA VISIÓN HERMENÉUTICA

José BARRIENTOS RASTROJO,¹ Jesús A. VALERO MATAS²

Resumen Abstract

En este trabajo se expone la existencia de una crisis en la Enfermería. Esta situación puede ser superada gracias a una nueva comprensión de esta ciencia. Para ello se necesita de la recuperación de la experiencialidad y de la incorporación de la hermenéutica. Con ello, y a través del cuidado, se recupera al paciente y se lo reconcilia con su vida.

Palabras clave: Experiencialidad. Hermenéutica. Cuidado. Vida. Dolor.

EXPERIENTIAL OVERCOMING OF THE CRISIS IN NURSING: A HERMENEUTICAL VISION

This paper exposes the existence of a nursing crisis. This situation can be overcome thanks to a new understanding of this science. To do this it needs the recovery of experientiality and the incorporation of hermeneutics. This, and through of care, the patient recovers and reconciles with his life.

Key words: Experientiality. Hermeneutics. Care. Life. Pain.

Introducción: de la crisis bio-física a la creencial-existencial en la Enfermería

La conexión entre crisis y salud es habitual en los diccionarios españoles. Así, la primera acepción de “crisis” del *Diccionario de la Real Academia Española* la describe como un “cambio brusco en el curso de una *enfermedad*”;¹ el *Diccionario crítico-etimológico castellano e hispánico* de Corominas y Pascual la define como una “mutación grave que sobreviene en una *enfermedad* para mejoría o empeoramiento”;² por último, el *Diccionario de uso del español* de María Moliner indica como primer ejemplo de la crisis a la enfermedad.³ Concretando en el campo de la Filosofía, la situación es análoga: el diccionario filosófico Ferrater Mora señala como primer ejemplo de la crisis la frase “La *enfermedad* hace crisis”⁴ y el *Diccionario filosófico* de Comte-Sponville apunta entre sus ejemplos del concepto a la crisis cardíaca.⁵

¹Universidad de Sevilla – Universidad de Santiago de Compostela, La Coruña, España. ²Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

CORRESPONDENCIA: José Barrientos Rastrojo
barrientos@us.es

Manuscrito recibido el 6.05.2015
Manuscrito aceptado el 29.10.2015

Index Enferm (Gran) 2016; 25(1-2):72-76

MONOGRÁFICO HERMENÉUTICA Y ENFERMERÍA

A pesar de esta afinidad, genéricamente, el término no solo se vincula con la salud. En general, la crisis se identifica con un proceso de dificultad, de pérdida de asideros existenciales. A diferencia de la idea más extendida, sus derivaciones son tanto negativas como positivas, según se gestione y de acuerdo a los factores asociados a la misma: la crisis de la adolescencia es la raíz del desenlace positivo de la madurez, un periodo de mayor serenidad y conciencia, mientras que la crisis de la tercera edad o una crisis cardíaca son el principio del más funesto de los finales, la muerte. Ferrater Mora localiza de modo especial la crisis en dos universos: el personal y el histórico.⁴ Aquí, se evita tratar el segundo por encontrarse fuera de las intenciones de este trabajo; en cuanto al primero, se habrá de incardinar dentro de la antropología que subyace a la definición de salud. Demos, pues, un salto atrás.

El preámbulo de la constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud), aprobada en Nueva York en 1946, define la salud como el “estado completo de bienestar físico y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta descripción incentivó la creación de la Atención Primaria en reuniones posteriores, destacando entre ellas la de Alma Ata (1978) que diseñó el proyecto *Salud para todos en el 2000*.⁶ Ahora bien, lo importante es que la citada explicación sobre la salud, suponía una evolución respecto al modelo biomédico previo, criticado frecuentemente por su reduccionismo biologicista.⁷ A pesar del progreso realizado en las ciencias experimentales,⁸ alcanzar las dimensiones físicas, mentales y sociales no es suficientes para abordar la enfermedad del paciente en su integridad; por ello, se introdujeron dos dimensiones más: la espiritual y la axiológica-cultural.

Margot Panheuf ha enfatizado estas dos dimensiones al integrarlas como ítems a valorar en los procesos de atención enfermera.⁹ Antes de ella, Virginia Henderson, una de las madres de la Enfermería contemporánea, en sus *Principios básicos de los cuidados de Enfermería* dictaminaba entre los elementos del cuidado “ayudar al paciente a profesar su religión o a actuar de acuerdo con sus ideas del bien y del mal”¹⁰ e incentivar los actos de “aprender, descubrir o

satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normales”.¹⁰ La importancia de la espiritualidad se ha recogido, además, en trabajos de otras enfermeras como en los de Rodríguez Gómez y Fernández Lamelas (1995),¹¹ en los de Quintero Laverde (2000) o en los de Collado Martínez (2010), entre otras.

Esta dimensión hace volar sobre la imagen biológica, psicológica y social del paciente y rescatan sus aspiraciones o anhelos que se localizan en instancias trascendentes u ontológicas. En este sentido, las mencionadas Rodríguez Gómez y Fernández Lamelas nos enseñan que la espiritualidad implica auxiliar en las actividades que sirven para “mantener, aumentar o recuperar las creencias propias”,¹¹ haciendo notar que esas creencias no se restringen al orbe religioso. Esta teoría ha dado sus primeros pasos prácticos, por ejemplo, el manual de diagnósticos enfermeros de la NANDA integra un patrón específico de naturaleza axiológica: el patrón cuatro “valorar”.¹² Sin embargo, se está lejos de haber finalizado el camino debido a la debilidad formativa del personal enfermero en estos aspectos, tal como lo explicamos en un trabajo anterior.¹³ Estas limitaciones son el origen de que el patrón “valores” posea menos diagnósticos con respecto al resto en la edición de 1997 de la *Taxonomía de la NANDA* y que, actualmente, haya sido relegado al último grupo, al IX, conteniendo solo cinco diagnósticos y otros tres asociados a estos.

Esta escisión no es clara en muchas autoras, confundiéndose el ámbito espiritual con el religioso, con lo que una crisis espiritual o existencial se reduciría a un problema de fe. La filosofía permite esta diferenciación y clarifica cómo lo espiritual y las creencias (y la crisis espiritual y de creencias) es un gran paraguas ontológico bajo el que se desarrollan diversas tipologías entre las que se ubica la religión pero también otras formas de desarrollo/ conflicto existencial. Explicitamos esto deteniéndonos en el concepto filosófico de crisis.

La topología de la crisis

La ruptura del suelo de creencias como base de la crisis. Ortega y Gasset ha descrito las creencias a partir de su distinción con las ideas. Las creencias cons-

tituyen la base de su nuestra existencia, sobre ellas vivimos y construimos nuestras ideas,¹⁴ y funda un modo de existir, tanto la del creyente cristiano o como la del padre que cree que la felicidad depende de conseguir una familia numerosa o la de aquel que asevera que tener hijos es perder parte de la felicidad. Al ser la existencia el punto de partida de la vida del sujeto y el sistema de creencias, su pilar, estas últimas serán las raíces de los modos de sentir, el origen para la toma de decisiones y los cimientos en que beben las ideas que justifican y sobre el que se edifica nuestra filosofía de vida.

Siendo esto así, la crisis de creencias (y la crisis existencial) no pone en jaque solo el cuerpo sino la integridad del individuo. Esta crisis no es *una más* al lado de las otras sino que en ella desembocan las anteriores, o de ella pueden partir, como en las enfermedades psicosomáticas.

Repitémoslo con algunas muestras: las crisis cardíacas pertenecen al campo biológico, las crisis de autoestima son de naturaleza psíquica, las crisis de conflictos interpersonales o sociales son propias del área sociológica; ahora bien, todas ellas (o las más graves) acostumbran a desembocar en una crisis de creencias. La insuficiencia cardíaca en un deportista de alto nivel obliga a imaginar una nueva forma de ser acorde a la patología que se acaba de descubrir; la depresión debido a una minusvaloración de uno mismo conduce a plantearnos el propio rostro frente a los demás, y los conflictos recurrentes con otras personas nos cuestiona sobre si la importancia que me doy a mi mismo es excesiva respecto a la escasa atención que le doy a los argumentos y a los otros en general. Siendo esto así y de acuerdo al rol independiente de la Enfermería, estos profesionales deberían estudiar cómo enfrentar esta problemática.

Con frecuencia, se ha pensado que la recuperación de estas crisis corresponde a un abordaje psicológico de la situación. Sin embargo, la psicología no es suficiente en estos momentos puesto que la creencia no apela a una sola dimensión del sujeto, la cognoscitiva o la emocional sino a la totalidad del sujeto. Repitémoslo con Ortega: “no hay vida humana que no esté desde luego constituida por ciertas creencias básicas y, por decirlo así, montada sobre ellas (...). Estas ideas, que

MONOGRÁFICO HERMENÉUTICA Y ENFERMERÍA

son de verdad «creencias» constituyen el continente de nuestra vida”.¹⁴ Se trata de (re)construir un nuevo ser, o un nuevo yo sobre el que edificar una vida renovada y diferente a la anterior. Se precisa responder a las preguntas ¿quién soy yo?, ¿qué debo hacer? o ¿para qué vivir? Estas cuestiones se han respondido históricamente desde el área de conocimientos de la filosofía. Por eso, se necesita un conocimiento mínimo de metafísica (o de ontología) para enfrentar esta dependencia del paciente.

En lugar de destacar aquí qué pautas procedimentales ayudan a salir de esta problemática, lo importante es detectar la formalidad, el universo, desde el que la crisis puede ser superada. Éste no responde a un área de dependencia *específica* puesto que no ansía contestar a un problema sino ayudar al paciente a que *se enfrente a su vida como problema*: en lugar de incentivar si análisis racional de vías de solución, hay que ayudarle a volver a articular *el marco existencial* (o creencial) desde el que ese análisis sea posible. Siguiendo esa finalidad, defenderemos que la consecución de ese marco perdido solo se da desde un abordaje experiencial; la pauta clínica no pasa por generar discursos conceptuales sino por acompañar al paciente en tener experiencias sobre las cuales vuelva a construir su vida destruida por los acontecimientos, por la patología personal, por la incapacidad o por la muerte de los seres queridos.

La crisis quiebra el sistema de creencias anteriores, que no será suficiente para encarar la nueva circunstancia ni, por ende, para producir ideas, sentimientos o decisiones oportunos a los nuevos desafíos: no es suficiente para mi vida la creencia de que envejeceré con mi pareja actual cuando esta acaba de fallecer por un cáncer a los cuarenta años de edad; ni la de que el sentido de la existencia es subir al Everest después de sufrir un infarto y de tener la recomendación de no realizar ejercicio físico de alta intensidad. Los marcos de creencias previos son incompatibles con la vida.

Como la creencia sustenta la propia vida, quien se encuentra en crisis siente que ya no puede (o quiere) seguir viviendo. Esto es reflejo de querer seguir manteniendo el rostro anterior, asentado en las creencias previas, ante circunstancias

que lo exceden. La negación en el duelo constituye la última voz agónica del rostro anterior: el paciente puede morir con él (decidir no seguir viviendo o volver a escalar el Everest) o decidir renacer con una identidad o sistema de creencias.

La crisis como inquietud esencial. Continuando con la caracterización de la crisis, María Zambrano señala que “vivir en crisis es vivir en inquietud”.¹⁵ Esta inquietud se distingue de la cotidiana en que hemos de decidir entre dos *ideas*, puesto que en estas ocasiones el sistema de creencias es fuerte. Por el contrario, la vida en crisis se sostiene sobre “una inquietud excesiva, más allá o en el límite de lo soportable”.¹⁵ La citada inquietud nace de la ruptura de los asideros básicos de la vida, aquellos que orientan. Entonces, “resbalamos sobre la propia vida sin adentrarnos en ella”.¹⁵

“En la crisis sentimos que perdemos peso, entidad, que nos desrealizamos, es por falta de saber y claridad acerca de nuestra propia vida, que al perder claridad pierde realidad.” “Por no estar enteros, necesitamos saber acerca de nosotros mismos, porque ese saber nos lleva a ser”.¹⁶

El maestro de Zambrano, Ortega y Gasset había descrito esta coyuntura con los mismos pinceles: en la crisis, el hombre está en “convicciones negativas”, “el no sentirse en lo cierto sobre nada importante”.¹⁴ Siguiendo la antropología citada que hace bascular todas las dimensiones humanas sobre las creencias, si no hay convicciones (positivas), o creencias, la persona será un “espectro del hacer, sentir, pensar y decir”.¹⁴ Sin creencias, hay una sobreabundancia de ideas, pero ninguna de ellas es suficiente para enraizar o enamorar a las ideas, a los sentimientos ni a las decisiones: el paciente no tiene clara conciencia del lugar al que dirigirse y mientras no tenga un suelo sólido de creencias no acabará de salir de su estado de consternación, puesto que iniciará caminos que nunca culminará.

Ítem más: “al fallarnos las creencias, lo que nos falla es la realidad misma (...). La vida se nos vacía de sentido y el mundo, la realidad, se desrealiza, se hace fantasma de sí misma”.¹⁴ Quien está en crisis tiene una mirada perdida, metáfora de lo que sucede en su interior. En la medida en que no posee una atalaya

desde la que otear el mundo, no puede ver, puesto que toda visión es hermenéutica y requiere un marco de comprensión desde el que interpretar lo que le rodea: el mundo del ser humano cotidiano no es una objetividad estéril sino una entidad fundada en sus creencias. Esta entidad hermenéutica funciona como unas gafas ontológicas sin las cuales es imposible ver nada.

Los problemas con la ruptura del firmamento en la crisis. Además de la causa de las crisis cifrada en la ausencia de un suelo de creencias sobre el que construir, existe una segunda vinculada con la primera: la pérdida de un firmamento al que aspirar.

“El firmamento fragmentado ha abolido el horizonte. El espacio donde el pensamiento creador se inscribe viene a ser como un desierto donde en algunos lugares, con escasa comunicación entre sí, aparece algún grupo de árboles con su fuente más bien escondida. Lugares que no todos y no siempre son visibles y que todo lo más atraen, y aun fascinan al caminante, mas en modo efímero, sujeto a la moda o el modo publicitario. Ninguno de ellos tiene el poder de orientación. No hay reino. Es la época, la época del pensamiento escondido, o semiescondido, subterráneo en gran parte”.¹⁷

El firmamento se vincula con las necesidades espirituales que acusan los pacientes y que en los trabajos de enfermería anteriores se han citado. La ausencia de firmamento manifiesta la carencia de un objetivo nuevo al que mirar, una verdad que enamora al paciente y a la que pueda dirigir sus pasos. Al desconocer la propia identidad, al no ser nada, el paciente posee serias dificultades para clarificar sus adherencias existenciales.

La experiencia como esqueleto formal para salir de la crisis

La voluntad del paciente, problema filosófico. Virginia Henderson bosqueja en los siguientes términos la función propia de la profesión: “Atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conoci-

MONOGRÁFICO HERMENÉUTICA Y ENFERMERÍA

mientos necesarios.¹⁰

Fernández Ferrín, Navarro Gómez y Luís Rodrigo han especificado esas “fuentes de dificultad” en tres áreas de dependencia: conocimientos, fuerza y voluntad.¹⁸ Nos interesa detenernos en la última: “La *voluntad* implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Por tanto, para identificar como área de dependencia la *falta de voluntad*, es preciso asegurarse de que la persona sabe qué hacer, cómo y por qué hacerlo, y de que puede y quiere hacerlo, si bien no desea con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario”.¹⁸

La ausencia de voluntad no es un tema psicológico, puesto que la falta de fuerza, otra de las áreas de dependencia, posee dos áreas de dependencia: la falta de fuerza física e intelectual. Esta última alude a la “capacidad para percibir y procesar la información, interrelacionarla y tomar decisiones”¹⁸ y aquí sí ubicaríamos a la psicología tal como se entiende bajo las orientaciones cognitivo-conductuales de la formación universitaria en España. El problema, o el origen de su “falta de autonomía” usando terminología enfermera, en quien manifiesta problema de voluntad reside en la fractura del sistema de creencias previas o en que se sigue intentando mantener el anterior, que es incoherente con las prescripciones enfermeras y médicas. El ejemplo que establecen las autoras citadas para la falta de voluntad reza: “si, teniendo los conocimientos y las habilidades físicas y psíquicas, desea hacer una dieta pero se cansa, la abandona a temporadas, la incumple siempre en determinadas situaciones, etc.”¹⁸

Responder a un problema de voluntad es complicado, puesto que la salida está determinada por una acción *ontológica* y no solo psicológica: la psique es una de las dimensiones/partes del *ser* del paciente, de lo que *es*, pero no es el ser integral. Por ello, solucionar un asunto relativo a la voluntad, que emerge del ser, requiere que el paciente se reencontre, se aprehenda como nuevo individuo (con una nueva voluntad, anhelos y deseos), acción que requiere un abordaje filosófico. La Enfermería necesita que la filosofía le proporcione tales conocimientos básicos

que, luego, ella particularizaría en sus consultas y en el trabajo hospitalario.¹³

La experiencia, punto de partida del tratamiento de la voluntad. Indicamos más arriba que la experiencia constituye el marco donde se genera un nuevo ser y, siguiendo lo visto hasta aquí, la formalidad desde la que la voluntad puede modificarse o restaurarse. La experiencia consiste en un tipo de vivencia, o una unidad de sentido, (1) que genera un nuevo sustento creencial en el paciente (o cimbrea la que poseía, como en la experiencia de la muerte de un familiar muy querido) y (2) que edifica sobre esa base una nueva identidad. Florece en aquellas coyunturas que *cambian la vida* puesto que *no hay vuelta atrás*, transforma al paciente en otro sujeto con un nuevo rostro y ser.

La experiencia funda el sistema de creencias y, sobre estas, se asentaban las ideas, sentimientos y decisiones de la vida. Por ello, resulta frustrante intentar cambiar a la persona (su ser, lo que ella es) solo por medio de ideas (consejos que no inciden en su ser de modo experiencial) puesto que estas no fundan la vida sino que la vida las funda a ellas.

Las ideas se pueden cambiar con argumentos conceptuales siempre que las nuevas sean compatibles con el sistema de creencias que la persona posee. Ahora bien, si la recomendación del seguimiento de un tratamiento o, sencillamente, la recomendación de acudir al médico son incompatibles con las creencias de base ni habrá adherencia al tratamiento o al seguimiento de las prescripciones facultativas ni el paciente acabará en la consulta. Esto no quiere decir que el trabajo conceptual tenga: una buena sesión informativa permite que el paciente entienda cuáles son las posibles alternativas sanitarias a su dolencia (pero no que su voluntad se adscriba a ninguna de ellas si no es coherente con su sistema de creencias). La voluntad no es tributaria de las ideas sino que ambas emanan del ser del individuo. La argumentación incide en una de las dimensiones del ser pero no en el ser mismo, a menos de que sea una argumentación o razonamiento experiencial.

Lo anterior no va contra aquellas acciones terapéuticas de la enfermera basadas en la conversación o la transmisión

de ideas, puesto que, en ciertas ocasiones, muchas de estas alcanzan a convertirse en una experiencia que cambia al sujeto, al igual que lo hace un libro que puede “cambiar la vida de la persona”. Sin embargo, en estos momentos, la potencia o éxito de la acción no se cifra en la fortaleza de los argumentos sino en su capacidad experiencial y, por ende, en su virtualidad para incidir en el ser antes que solo en una de las dimensiones de la persona, en lo cognitivo.

Phaneuf determina tres tipos de comunicación en Enfermería: la funcional, la pedagógica y la terapéutica. La última facilita accesos experienciales, puesto que “permite establecer lazos significativos entre la enfermera y el cliente. En ella, se manifiesta la *aceptación*, el *respeto cálido* y la *comprensión empática* que ayuda al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial; por ejemplo cuando sufre o se siente solo, afligido o deprimido”.⁹

En relación a los tipos de comunicación en enfermería el desafío no sería, exclusivamente, crear un nuevo tipo de comunicación, la experiencial, sino de dotar de carácter experiencial a las anteriores. Esto explica dos tipos de abordajes útiles para la salida de estas crisis en el paciente: (1) establecer experiencias en el paciente que permitan que comprenda realidades que no se pueden expresar con palabras o (2) fomentar la empatía en la comunicación en la medida en que facilita la entrada del paciente en el orbe de sentido, en el mundo de que la vida puede tener sentido (viudo) u otro sentido nuevo (deportista incapacitado para realizar ejercicio de alta intensidad).

Conclusión

La experiencia es un proceso individual por lo que no se le puede ahorrar a la persona andar el camino por ella misma. Por ello, la función de la enfermería sería facilitarla, no realizarla por él. Igual que el médico no cura el cuerpo sino que facilita que este se recupere por sí mismo (no se cura una gripe sino que se ofrecen fármacos para evitar su empeoramiento y que, por este medio, el organismo ponga a funcionar sus propios sistemas de defensa), no se puede *obligar* a un sujeto a vivir una experiencia, pero sí disponerlo a que una vivencia se convierta en una

MONOGRÁFICO HERMENÉUTICA Y ENFERMERÍA

experiencia que ayude a recuperar un sistema de creencias funcional (o lograr uno nuevo sobre el que sostener la nueva identidad).

Como explica Ortega, la experiencia se incardina en la raíz “per”, que se vincula con “peira”, conectado a su vez, con peligro y con “prueba”.¹⁴ Toda experiencia supone exponerse a un peligro que devolverá un nuevo ser. Los héroes de la mitología que salían al mar o los jóvenes que han de vivir el rito de paso a la madurez han de exponerse a perderse existencialmente; de hecho, han de perder su anterior ser para encontrar una nueva faz. Este elemento, simbólico o real (algunas tribus obligan a sus adolescentes a pasar por pruebas donde se corre el riesgo de la muerte no solo simbólica sino biológica), es la base de la experiencia.

La experiencia no acontece de forma repentina, en general, sino que requiere un proceso donde hay que ascender y descender diversos peldaños: “Per se trata originariamente de viaje, de caminar por el mundo cuando no había caminos, sino que todo viaje era más o menos desconocido y peligroso. Era el viajar por tierras ignotas sin guía previa.”¹⁴

La Enfermería ha de ser consciente de este proceso propio dentro de cada paciente, curso que requiere un tiempo que no responde al esquema de la cronología puesto que será diferente en cada persona. Ahora bien, el camino puede agilizarse si los enfermeros despliegan o incentivan ciertas disposiciones que facilitarán la consecución de evidencias por parte de los pacientes y que serán las bases de las creencias nuevas. Nos remitimos a investigaciones precedentes para la explicitación más precisa de estas disposiciones, pues aquí solo las citaremos por razón de espacio.^{13,19-21} aceptación, apertura, humildad, valentía para enfrentarse al

riesgo de la pérdida del propio ser y para cruzar puertas hacia espacios desconocidos, armonía o equilibrio, capacidad de fascinación por la vida, paciencia, confianza sin esperanza, retiro asociativo y no eremítico, prudencia y astucia o capacidad para una intelección sutil hasta llegar a escuchar el ritmo de las personas, de los acontecimientos y de la vida en general.

Si la Enfermería es capaz acompañar al paciente orientando dentro de la formalidad (experiencial) de su itinerario e incentivando las disposiciones citadas, se favorecerá la salida de la crisis, donde arraigan la mayor parte de las demás, puesto que esta crisis es de la persona y no de una parte de su biología o de su psique. Con las herramientas experienciales, se recuperará esa fe o creencias donde el paciente muestra confusión¹⁴ y volverá a encontrar razones evidenciales que lo reconcilien con la vida.²² En última instancia, el problema principal es que está perdido, alterado, y si seguimos a Ortega la única vía para salir de ello es por el ensimismamiento,¹⁴ que resulta ser otra experiencia.

Bibliografía

1. RAE. Diccionario de la Real Academia Española, Real Academia Española, Madrid, 2007. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=crisis [acceso: 25/01/2015].
2. Corominas J. Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico CE-F, Gredos: Madrid, 2007; p. 245.
3. Moliner M. Diccionario de uso del español a-i, Gredos-Círculo de Lectores: Madrid, 2007; p. 482.
4. Ferrater Mora, José. Diccionario de Filosofía. Círculo de Lectores, Madrid, 2002.
5. Comte-Sponville A. Diccionario Filosófico, Paidós: Barcelona, 2003; p. 128.
6. Aguilar Palacio, Isabel. Treinta años de Alma-Ata: Interpretaciones y consecuencias para el bienestar psicosocial y la salud comunitaria, Persona, 2009;12: 153-155.

7. Engel GL. The need for a new medical model: a Challenger for biomedicine. *Science*, 1977; 8:129-136.
8. Francisco Carrera FJ, Coca JR, Sanz Molina L, Fernández Tijero MC. Scientific Progress Herme-neutics and its Impact on Society, *La Pensée* 2014; 76/8: 64-71.
9. Panheuf, Margot. Cuidados de Enfermería, Mc Graw Hill: México, 1993.
10. Henderson, Virginia. Principios básicos de los cuidados en Enfermería. Organización Panamericana de la Salud: Washington, 1961. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1340/41741.pdf?sequence=1> [acceso: 23/01/2015].
11. Rodríguez Gómez, Carmen V; Fernández Lamelas, M^a Antonia. La necesidad de espiritualidad en el individuo enfermo, *Cuadernos de bioética* 1995; 3: 343-345.
12. Ugalde Apalategui, Mercedes; Rigol i Cuadra, Assumpta. Manual de diagnósticos enfermeros de la NANDA. Masson: Barcelona, 1997; pp. 145-149.
13. Barrientos Rastrojo, José. La urgencia del pensamiento en la formación universitaria de Enfermería, *Monografías*, 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos52/formacion-enfermeria/formacion-enfermeria.shtml> [acceso: 16/12/2014].
14. Ortega y Gasset, José. Ideas y creencias, en *Obras Completas V. Alianza Editorial*, Madrid 1994.
15. Zambrano, María. Hacia un saber sobre el alma. Alianza: Madrid, 2004.
16. Zambrano, María. La agonía de Europa. Trotta: Madrid, 2000; p. 73.
17. Zambrano, María. Las palabras del regreso. Amaru ediciones: Salamanca, 1995; p. 158.
18. Fernández Ferrín, Carmen; Navarro Gómez, María Victoria; Luis Rodrigo, María Teresa. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson: Barcelona, 2005; p. 34-35.
19. Barrientos Rastrojo, José. El rostro de la experiencia desde la marea orteguiana y zambraniana, *Endoxa* 2010, 25: 279-314.
20. Barrientos Rastrojo, José. La fisiología del saber de la experiencia y los frutos de su posesión. *The-mata* 2011, 44: 79-96.
21. Barrientos Rastrojo, José. ¿En qué sentido el raciofetismo sirve como modelo de comprensión intensiva de la hermenéutica analógica? *Logos. Anales del seminario de metafísica* 2014; 47: 11-35.
22. Zambrano, María. La confesión: género literario. Siruela; Madrid, 1995.



GRATIS PARA SUSCRIPTORES DE INDEX DE ENFERMERÍA

Conecta T

Un programa de formación a distancia para adquirir habilidades de navegación en la Plataforma Ciberindex